UNIVERSITE DE PARIS VI

Faculté de Médecine PITIE SALPETRIERE

Année 1973 . **THÈSE** N° 13

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BARBIER Jean

Interne des Hôpitaux Privés de Paris

Né le 5 Janvier 1939 à Le PALAIS (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le 1973

ENQUETE PORTANT SUR LES PROLAPSUS TRAITES A L'HOPITAL DE SAINT-OUEN

(A propos de 102 cas)

PRÉSIDENT DE THÈSE : Professeur JACQUES-HUGUIER

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548009_0019

UNIVERSITE DE PARIS VI

Faculté de Médecine PITIE SALPETRIERE

Année 1973

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

BARBIER Jean

Interne des Hôpitaux Privés de Paris

Né le 5 Janvier 1939 à Le PALAIS (Morbihan)

Présentée et soutenue publiquement le *19*

ENQUETE PORTANT SUR LES PROLAPSUS TRAITES A L'HOPITAL DE SAINT-OUEN

(A propos de 102 cas)

PRÉSIDENT DE THÈSE : Professeur JACQUES-HUGUIER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents
A ma femme
A mes enfants
A ma soeur

en témoignage de reconnaissance pour l'aide qu'ils m'ont apportée et l'affection dont ils m'ont entouré au cours de mes études.

A Monsieur le Professeur Jacques Huguier

Professeur à la Faculté de Paris
Membre de l'académie de Chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

- qui a bien voulu nous permettre de réaliser cette thèse
- qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence
- Nous le prions de trouver ici, avec nos remerciements, l'hommage de notre profond respect.

A mes maîtres d'externat

A RENNES

Monsieur le Docteur Bauchart
Chirurgien urologue de l'Hôtel Dieu

A PARIS

Monsieur le Professeur Le Beau
Neurochirurgien des Hôpitaux
Monsieur le Docteur Benoist
Médecin des Hôpitaux
Monsieur le Professeur Meyer "in memoriam"
Monsieur le Docteur Gerbeaux
Médecin des Hôpitaux
Monsieur le Professeur Albeaux Fernet
Médecin des Hôpitaux
Monsieur le Professeur Auquier
Médecin des Hôpitaux

En respectueux hommage.

A mes maîtres d'Internat des Hôpitaux
Privés de Paris.

Monsieur le Docteur Chartier
Monsieur le Docteur Brillard "in memoriam"
Monsieur le Docteur Chevallier
Monsieur le Docteur Cresson

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour l'accueil et l'enseignement que j'ai reçus dans leur service.

Nous tenons à remercier tout spécialement Monsieur le Docteur Cresson

- qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans son élaboration
- qui a mis à notre disposition les observations qui sont à la base de ce travail

et auprès de qui nous avons appris la valeur de l'acte chirurgical parfaitement exécuté.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très grande reconnaissance.

ENQUETE PORTANT SUR

LES PROLAPSUS TRAITES A L'HOPITAL DE SAINT - OUEN

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CHAPITRE I - Modalités du travail effectué

CHAPITRE II - Tableau analytique des observations dépouillées

CHAPITRE III - Enquête "épidémiologique"

1 - Ages des patientes au moment de l'apparition de prolapsus

2 - Age des patientes au moment de l'intervention

3 - Rapport entre prolapsus et ménopause

4 - Prolapsus et corpulence

5 - Prolapsus et grossesse

6 - Antécédents chirurgicaux

7 - Signes d'appel des prolapsus.

CHAPITRE IV - Etude analytique des différents temps opératoires

1 - Techniques utilisées et examens de laboratoire demandés

2 - Interventions pratiquées couramment dans le service

- Périnéorraphie
- Discopexie
- Interposition vésico-vaginale de Vatkins Wertheim Schauta
- Colpohystérectomie par voie vaginale
- Gestes à visée urinaire

3 - Interventions pratiquées exceptionnellement dans le service

- Opération de Shirodkar
- Ligamentopexie
- Hystéropexie abdominale antérieure
- Opération de Marion
- Confection de Hamac en matière inerte

CHAPITRE V - Etude synthétique des temps opératoires

1 - Prolapsus isolés

2 - Prolapsus avec incontinence d'urines

3 - Prolapsus associés à un fibrome

4 - Prolapsus après hystérectomie totale

CHAPITRE VI - Résultats d'ensemble

1 - Complications immédiates

2 - Complications secondaires

3 - Complications lointaines

4 - Résultats à distance

CHAPITRE VII - CONCLUSION

CHAPITRE VIII - BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'Hôpital de Saint-Ouen est situé dans la banlieue Nord de Paris, à trois kilomètres du boulevard périphérique. La consultation de chirurgie générale est assurée chaque jeudi après-midi par le Docteur Cresson. Plusieurs médecins de diverses spécialités interrogent les patients sur le plan médical et dirigent ceux dont l'état semble exiger une intervention vers le Docteur Cresson.

Cet Hôpital compte 18 lits de chirurgie générale. C'est dans ce service que j'ai aidé mon Maître au cours de l'année 1970-1971. Cette participation a été si prenante pour moi qu'il m'a paru intéressant de faire connaître l'activité gynéco-chirurgicale du service. La thèse que je présente a donc pour but de mettre en évidence les résultats que nous avons obtenus dans la cure des prolapsus génitaux, les conclusions me semblant devoir être comparables, toutes proportions gardées, à celles des grands services parisiens.

CHAPITRE I

MODALITES DU TRAVAIL EFFECTUE

Notre travail effectué au cours du dernier trimestre 1971 et du 1er trimestre 1972 a consisté à étudier les dossier comportant une intervention pour prolapsus génital pratiquée dans le service entre le 1er janvier 1961 et le 31 décembre 1970, soit pendant 10 ans.

Pendant cette période, nous avons pu relever 3 589 interventions diverses dont 105 opérations pour prolapsus génitaux, ces dernières représentant donc 2,97 % de l'activité globale du service.

L'étude minutieuse des dossiers nous a permis de classer ainsi qu'il suit les renseignements à considérer pour chaque patiente :

1 - Le terrain

âge
corpulence
date de la ménopause (éventuellement)

2 - Les antécédents

a) gynéco-obstétricaux

virginité
fausses couches
grossesses

b) Chirurgicaux

interventions diverses précédant celle du prolapsus traité dans le service.

3 - Les symptômes ayant motivé une consultation

4 - Les signes physiques présentés lors de cette visite

5 - Les examens préalables réalisés dans le but de déceler un tumeur maligne associée

6 - La nature de l'intervention effectuée dans le service

7 - Les suites opératoires immédiates et à plus longue échéan

Tous ces renseignements, fidèlement reportés, ont permis d'établir un vaste tableau dont la lecture est à la base des conclusions de cette étude.

Nous avons effectué 105 opérations. Elles concernen 102 patientes, car il faut noter 3 cas de récidives au cours des 10 ans considérés.

Les observations recueillies au sujet de ces 102 ma lades sont les suivantes :

- 5 sont décédées depuis l'intervention :
  - FOU-4716 victime d'un accident d'automobile.
  - GAI-4271 décédée d'une occlusion intestinale aigüe 5 ans après l'intervention dans une clinic privée de la région parisienne.
  - BOU-4706 décédée deux jours après l'opération d'une embolie pulmonaire.
  - CER-2881 } la cause de la mort ne nous est pas conn
  - LEC-4517 } mais le décès a eu lieu plusieurs années après l'intervention.
- 40 patientes n'ont pu être contrôlées, les lettres de convo cation n'ayant pu joindre leurs destinataires ou étant restées sans réponse.
- Restent 57 patientes sur lesquelles nous avons tous les ren seignements concernant leur état actuel, sachant que :

7	ont	été	revues	1 an	après	l'intervention
7	"	"	"	2 ans	"	"
12	"	"	"	3 ans	"	"
4	"	"	"	4 ans	"	"
7	"	"	"	5 ans	"	"
6	"	"	"	6 ans	"	"
2	"	"	"	7 ans	"	"
3	"	"	"	8 ans	"	"
4	"	"	"	9 ans	"	"
2	"	"	"	10 ans	"	"
3	"	"	"	11 ans	"	"

De l'étude des cas précités, nous avons pu tirer le renseignements globaux concernant le terrain, les antécédents

les symptômes présents et le traitement subi par ces 102 patientes, mais il est à regretter que les conclusions thérapeutiques ne puissent se vérifier que sur 57 d'entre elles.

CHAPITRE II

TABLEAU ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS DEPOUILLEES

98 malades ayant été opérées une fois dans le servic ont été réunies dans un premier tableau.

Nous avons groupé dans un second tableau 4 autres malades ayant été opérées deux fois dans le service. Ce tablea comporte deux colonnes, l'une correspondant à la première intervention, l'autre à la seconde.

Toutes les malades sont classées par ordre chronolog que, en commençant par la patiente opérée le plus récemment. Chacune d'entre elles est désignée par les 3 premières lettres de son nom et le numéro du compte rendu opératoire.

Voici les conventions utilisées :

Age de la ménopause

57 signifient que la ménopause est apparue à 57 ans

\- " " " " n'a pas eu lieu lors de l'apparition du prolapsus.

\+ " " " " a eu lieu lors de l'apparition du prolapsus mais que la date n'en est pas connue.

. correspond à une femme hystérectomisée.

Corpulence

\+ correspond à une femme dont le poids dépasse de 0 à 5 kilos sa taille mesurée en centimètres moins 100.

2 + " " " " " " dépasse de 5 à 10 kilos sa taille mesurée en centimètres moins 100.

et ainsi de suite, chaque croix supplémentaire correspond à un tranche supplémentaire de 5 kilos.

\- correspond à une femme "maigre", c'est-à-dire présentant une corpulence inférieure à ces normes.

Au cours des rubriques : antécédents, examen, intervention, complications, deuxième examen, résultat global, le

signe + correspond à l'existence de l'élément inscrit dans la marge. La durée d'hospitalisation est exprimée en jours quand elle est connue.

	PIC 6236	BEU 6222	HOU 6174	DEJ 6162	MAR 6127	BRU 6094	LUN 6059	MON 5976	TRO 5888	TES 5883	TIX 5864	COU 5843	BOU 5839	COU 5837
ge d'apparition du P.	55	72	74	65	39	34	63	47	69	55	57	54	74	67
ge de ménopause	57	+	+	+	-	-	52	52	+	.	55	52	48	+
ge d'intervention pour P.	59	72	74	65	64	44	63	51	69	59	57	54	74	67
orpulence			5+	+			2+	-		-	2+	2+	+	3+
ntécédents														
ombre de grossesses		2	10	1	3	2	2	1		1	1	5	3	2
ombre de fausses couches														
ccidents obstétricaux								+						
essaire								+						
ystérectomie totale										+				
ystérectomie subtotale														
érinéorraphie postérieure														
érinéorraphie antérieure														
exie antérieure					+						+			
iscopexie														
ervicocystopexie														
nnexectomie														
ppendicectomie							+							
holecystectomie			+		+					+				
ure de Hernie													+	
ure d'éventration			+											
xamen pré-op.														
ensation de masse					+			+	+				+	
ouleurs								+						+
ncontinence	+	+	+			+	+	+		+		+		
ollakiurie					+		+			+	+	+		
utres troubles													+	
ystocèle	+		+	+	+		+	+	+	+		+	+	+
ol mobile			+		+		+	+	+				+	+
orps utérin gros									+			+		
ectocèle											+			+
ystrocèle											+			
érinée postérieur														
Bon	+	+												
Assez Bon				+			+			+				
Mauvais			+								+	+		+

	PIC 6235	BEU 6222	HOU 6174	DEJ 6162	MAR 6127	BRU 6094	LUN 6059	MON 5976	TRO 5888	TES 5883	TIX 5864	COU 5843	BOU 5839	COU 5837	GRE 583
eveurs															
Bons		+		+										+	
Assez Bons			+		+		+	+				+			
Mauvais									+						
rome												+			
erventions															
Inéorraphie intérieure		+	+	+									+	+	+
Inéorraphie postérieure			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+
copexie					+		+	+		+					+
shall Marchetti	+		+		+	+	+	+		+					
vicocystopexie		+													
ion															
e d'elytrocèle											+				
theim Schauta				+								+	+	+	
pohysterectomie									+						
utation du col															
rodkar															
amentopexie															
teropexie															
pdominale															
fection de Hamac															
sterectomie	+										+				
ature des rompes															
riectomie															
lecystectomie															
endicectomie															
ection d'anse rêle															
ée hospitalisation	23	36	25	55	20	14	19	30	19	20	40			19	20
plications															
ès															
olie pulmonaire				+											
ébite				+											
tions															
uloureuses															
ention d'urines															
ntration															
pareunie															

	PIC 6236	BEU 6222	HOU 6174	DEJ 6162	MAR 6127	BRU 6094	LUN 6059	MON 5976	TRO 5888	TES 5883	TIX 5864	COU 5843	BOU 5839	COU 5837	GRE
ul en années	2		1	2	1		2	3	3	3	2		3		
xième examen															
ost-op.															
sation de masse															
leurs															
ontinence															
urie															
lakiurie															
pareunie															
tocèle															
mobile															
ps utérin gros															
tocèle															
trocèle															
vais périnée															
ostérieur															
vais releveurs															
ultat global															
s bon	+		+	+			+	+	+	+	+		+		
ez bon					+										
vais															

	MAG 5824	PES 5798	GOM 5724	DEL 5714	LET 5682	LER 5609	ALA 5506	BER 5497	BEN 5493	ROB 5484	GIB 5465	VAN 5455	MAR 5436	QUE 5419	LEM
d'apparition du P.	76	52	63	55	60	53	67	64	37	68	27	52	65	41	5
de ménopause	+	52	+	.	50	.	56	+	-	52	-	.	+	-	4
d'intervention pour p.	76	52	63	59	60	53	67	64	37	68	30	62	65	47	5
pulence	-	-	+	3+	2+		4+	-		+	+		+		3
écédents															
bre de rossesses		2	3	3	4	5	1	2	3	2	5	1	2	5	
bre de fauss couches				2	3	n							2		
idents obstéricaux															
saire															
térectomie otale				+		+						+			
térectomie subotale															
inéorraphie ostérieure															
inéorraphie ntérieure															
ie antérieure															
copexie															
vicocystopexie												+			
endicectomie							+					+			
lecystectomie					+	+									
e de Hernie													+		
e d'éventration															
exectomie						+	+					+			
men pré-op.															
sation de masse	+			+			+	+	+	+	+		+		
leurs			+												
ontinence												+		+	
lakiurie						+									
res troubles						+									
tocèle	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	
mobile	+	+	+		+		+	+	+		+		+	+	
ps utérin gros										+				+	
tocèle	+	+	+		+				+		+			+	
trocèle															
inée postérieur															
Bon												+			
Assez Bon															
Mauvais	+												+	+	

	MAG 5824	PES 5798	GOM 5724	DEL 5714	LET 5682	LER 5609	ALA 5506	BER 5497	BEN 5493	ROB 5484	GIB 5465	VAN 5455	MAR 5436	QUE 5419	LEM
eveurs															
Bons							+		+	+			+	+	
Assez Bons			+												
Mauvais	+	+			+	+		+							
rome										+					
ervention															
inéorraphie ntérieure		+	+		+		+		+	+	+			+	
inéorraphie ostérieure	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	
copexie		+	+	+		+	+	+	+	+	+				
shall Marchetti vicocystopexie ion												+		+	
e d'elytrocèle theim Schauta pohysterectomie utation du col rodkar amentopexie teropexie bdominale fection de Hamac	+				+								+		
terectomie ature des Trompes riectomie									+		+				
lecystectomie endicectomie ection d'anse grèle			+			+									
ée d'hospitali-sation	18	19	35	24	24	30	18	18	17	21	21	45	24	64	2
blications															
ès															
blie pulmonaire															
ébite															
tions doulou-reuses														+	
ention d'urines														+	
ntration								+							
pareunie															

	MAG 5824	PES 5798	GOM 5724	DEL 5714	LET 5682	LER 5609	ALA 5506	BER 5497	BEN 5493	ROB 5484	GIB 5465	VAN 5455	MAR 5436	QUE 5419	LEM 5411
l en années		1	2	3	3		2	4		4	3	2		3	4
ième examen															
post-op.															
ation de masse															
eurs															
ntinence															
rie															
akiurie															
areunie															
tocèle															
mobile															
os utérin gros															
tocèle															
trocèle															
vais périnée															
ostérieur															
vais releveurs															
ultat global															
s bon		+	+	+	+		+	+		+	+	+		+	+
ez bon															
vais															

	LEC 5399	QUE 5249	HER 5239	EMI 5204	MAR 5185	DES 5139	BOU 5123	MUL 5118	ENF 5094	TRO 5040	COR 5016	GUY 5010	DEP 4990	ROM 4975	FRA
d'apparition															
du P.	56	45	33	36	44	33	55	49	79	34	22	65	54	60	5
de ménopause	.	+	39	45	-	39	52	52	50	-	55	.	52	+	
d'intervention															
du P.	56	58	62	61	44	62	55	67	79	45	59	65	58	60	5
oulence	-	4+	3+	3+	4+	3+	+	3+	4+	2+	3+	+	-		2
écédents															
ore de															
rossesses	3	1	5	2	4	5	2	0	0	3	2	4	1	0	
ore de fausses															
ouches										1					
idents obsté-															
ricaux				+	+	+						+			
saire													+		
térectomie totale															
térectomie sub-															
otale	+											+			
inéorraphie															
ostérieure				+						+					
inéorraphie															
ntérieure															
ie antérieure										+					
copexie				+											
vicocystopexie															
exectomie				+											
endicectomie									+						
lecystectomie		+													
e de Hernie	+														
e d'éventration										+					
men pré-op															
sation de masse				+		+					+			+	
leurs	+				+		+					+		+	
ontinence													+		
lakiurie		+										+		+	
res troubles			+					+		+					
tocèle	+	+	+	+	+	+	+	+			+	+	+	+	
mobile	+		+		+	+	+	+	+		+			+	
os utérin gros							+								
tocèle		+	+			+		+		+			+		
trocèle		+													
née postérieur															
Bon				+											
Assez Bon	+	+									+				
Mauvais					+	+	+	+	+	+		+	+		

	LEC 5399	QUE 5249	HER 5239	EMI 5204	MAR 5185	DES 5139	BOU 5123	MUL 5118	ENF 5094	TRO 5040	COR 5016	GUY 5010	DEP 4990	ROM 4975	FRA
eveurs															
Bons			+	+			+	+		+	+		+		
Assez Bons	+											+			
Mauvais									+						
rome															
ervention															
inéorraphie															
ntérieure					+		+	+			+				
inéorraphie															
ostérieure	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
copexie	+					+	+	+		+	+				
shall Marchetti															
vicocystopexie													+		
ion															
e d'elytrocèle		+													
theim Schauta															
pohysterectomie												+			
utation du col															
rodkar			+											+	
amentopexie															
teropexie															
dominale															
fection de hamac				+											
terectomie															
ature des trompes															
riectomie						+									
lecystectomie						+									
endicectomie															
ection d'anse															
rèle															
ée															
'hospitalisation	19	34	18	-	14	25	19	31	17	-	34	21	26	18	3
plications															
ès															
olie pulmonaire															
ébite															
tions douloureuses															
ention d'urines															
ntration															
pareunie														+	

	LEC 5399	QUE 5249	HER 5239	EMI 5204	MAR 5185	DES 5139	BOU 5123	MUL 5118	ENF 5094	FRO 5040	COR 5016	GUY 5010	DEP 4990	ROM 4975	FRA 4930
cul des années	3			5	5	5		5	5	6			6	6	
axième examen															
post-op.															
asation de masse															
aleurs															
continence															
surie															
llakiurie													+		
spareunie															
stocèle															
l mobile															
rps utérin gros															
ctocèle															
ytrocèle															
uvais périnée															
postérieur															
uvais releveurs															
sultat global															
ès bon	+			+	+	+		+	+	+				+	
sez bon													+		
uvais															

	CHO 4914	MAL 4904	LEC 4902	TEI 4868	MON 4757	MON 4737	FOU 4716	BOU 4706	PON 4696	DUQ 4691	CAR 4671	FAU 4666	MAR 4607	MAG 4566	HOU
d'apparition du P.	45	45	34	54	57	60	45	43	52	32	69	52	57	63	58
de ménopause	+	-	52	52	+	48	!	-	55	58	.	43	+	.	48
d'intervention pour P.	45	45	65	54	57	64	45	43	60	72	69	52	67	65	58
oulence	4+	10+	+	-	5+	3+	+		3+	3+	3+		-	2+	2+
écédents															
bre de rossesses	5	2	2	1	5	3	3	11	3	1	5	3	4	0	1
bre de fausses ouches															
idents obsté-ricaux												+			
saire															+
terectomie otale															
terectomie sub-otale											+			+	
inéorraphie ostérieure															
inéorraphie ntérieure															
ie antérieure															
copexie															
vicocystopexie															
exectomie					+										
endicectomie							+								
lecystectomie															
e de Hernie					+	+									
e d'éventration					+					+					
men Pré-op.															
sation de masse		+			+							+	+		
leurs		+	+												
ontinence	+				+		+		+					+	
lakiurie							+			+					
res troubles								+		+		+			
tocèle	+	+	+		+		+	+	+	+	+	+			
mobile	+		+		+		+		+	+	+		+		
os utérin gros	+	+					+		+						
tocèle	+	+	+	+	+	+	+	+					+		
trocèle						+							+		
inée postérieur															
Bon						+									
Assez bon															
Mauvais	+	+	+	+	+		+	+	+		+	+			

	CHO 4914	MAL 4904	LEC 4902	TEI 4868	MON 4757	MON 4737	FOU 4716	BOU 4706	PON 4696	DUQ 4691	CAR 4671	FAU 4666	MAR 4607	MAG 4566	HOU 4560
eveurs															
Bons	+				+		+	+						+	+
Assez bons				+					+		+		+		
Mauvais		+	+												
rome	+	+											+		+
ervention															
inéorraphie ntérieure					+		+			+		+	+		+
inéorraphie ostérieure	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+
copexie		+	+	+	+						+				+
shall Marchetti vicocystopexie	+				+		+		+					+	
ion.															
e d'élytrocèle															
theim Schauta										+		+			
pohysterectomie						+			+				+		
utation du col															
rodkar															
amentopexie															
teropexie															
odominale															
fection de hamac															
terectomie		+						+							
ature des trompes															
riectomie															
mectomie															+
lecystectomie															
endicectomie								+							
ection d'anse															
rèle	+										+				
ée d'hospi-alisation	22	19	22	25	45	26	26	2	33	25	22	18	21	22	45
olications															
ès								+							
olie pulmonaire								+							
ébite								+							
tions doulou-euses			+												
ention d'urines															
ntration															
pareunie														+	
ul en années					3				5		7			7	

	CHO 4914	MAL 4904	LEC 4902	TEI 4868	MON 4757	MON 4737	FOU 4716	BOU 4706	PON 4696	DUQ 4691	CAR 4671	FAU 4666	MAR 4607	MAG 4566	HOU 4560
xième examen															
ost-op.															
sation de masse															
leurs															
ontinence														+	
urie															
lakiurie															
pareunie															
tocèle															
mobile															
ps utérin gros															
tocèle															
trocèle															
vais périnée															
ostérieur															
vais releveurs															
ultat global															
s bon					+				+		+				
ez bon														+	
vais															

	CER 4553	LEB 4543	ROG 4541	BIL 4537	LEC 4517	TEB 4498	VAU 4455	NEY 4450	SOM 4426	JAB 4402	GOI 4259	TIQ 4176	BAL 4154	GAC 4134	GOU
d'apparition du P.	34	68	66	61	63	46	47	42	58	50	35	50	66	67	5
de ménopause	-	45	+	50	.	.	53	-	53	45	-	47	+	+	5
d'intervention pour P.	34	68	66	61	73	46	62	42	58	60	35	67	66	67	5
pulence		-	+	+	3+	2+	3+	+	+			3+	5+	+	2
écédents															
bre de rossesses	3	2	0	2	3	5	4	1	5		1	0	2		
bre de fausses ouches	6								1						
idents obsté-ricaux															
saire					+										
térectomie otale						+									
térectomie sub-otale					+										
inéorraphie ostérieure															
inéorraphie ntérieure															
ie antérieure												+			
copexie															
vicocystopexie															
exectomie										+					
endicectomie					+					+		+			
lecystectomie															
e de Hernie								+							
e d'éventration															
men Pré-op															
sation de masse		+	+	+										+	
leurs	+						+			+	+				
ontinence					+		+	+	+	+					
lakiurie						+	+			+			+		
res troubles	+														
tocèle		+	+	+	+		+	+	+	+		+	+		
mobile		+	+		+		+		+	+			+	+	
ps utérin gros	+														
tocèle		+	+		+	+	+	+	+	+					
trocèle															
inée postérieur															
Bon									+						
Assez Bon		+													
Mauvais			+	+		+	+	+		+		+	+	+	

	CER 4553	LEB 4543	ROG 4541	BIL 4537	LEC 4517	TEB 4498	VAU 4455	NEY 4450	SOM 4426	JAB 4402	GOI 4259	TIQ 4176	BAL 4154	GAC 4134	GOU 4107
eveurs															
Bons							+	+	+	+		+	+	+	
Assez bons		+													
Mauvais			+		+										
rome															
ervention															
inéorraphie															
ntérieure				+		+	+	+	+	+		+		+	
inéorraphie															
ostérieure		+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
copexie					+							+		+	
shall Marchetti															
vicocystopexie					+		+	+	+	+					
ion															
e d'élytrocèle															
theim Schauta				+											+
pohysterectomie		+	+										+		
utation du col															
rodkar															
amentopexie	+										+				
teropexie															
bdominale															
fection de hamac															
terectomie															
ature des trompes															
riectomie															
lecystomie															
endicectomie															
ection d'anse															
rèle														+	
ée d'hospitali- ation	13	20	23	25	23	19	61	32	56	34	11	22	20	37	37
blications															
es															
blie pulmonaire															
ébite															
tions douloureuses															
ention d'urines										+					
ntration															
bareunie								+							
ul en années				3		4						6		6	

	CER 4553	LEB 4543	ROG 4541	BIL 4537	LEC 4517	TEB 4498	VAU 4455	NEY 4450	SOM 4426	JAB 4402	GOI 4259	TIQ 4176	BAL 4154	GAC 4134	GOU
xième examen															
ost-op.															
sation de masse															
leurs															
ontinence															
urie															
lakiurie															
pareunie															
tocèle												+			
mobile				+											
ps utérin gros															
tocèle															
trocèle															
vais périnée															
ostérieur															
vais releveurs															
ultat global															
s bon						+								+	
ez Bon				+								+			
vais															

	DEL 4027	MAG 4019	LEV 4001	TOU 3977	PRU 3822	JON 3769	BRA 3744	PER 3709	HAU 3648	LED 3646	OKD 3540	HIR 3457	AUM 3447	COL 3416	HUE
d'apparition u P.	43	54	41	63	41	69	37	52	43	54	59	37	43	65	4
de ménopause	43	54	-	+	-	+	-	50	-	54	51	-	-	50	5
d'intervention our P.	43	54	41	63	41	69	37	52	63	54	60	38	48	65	5
pulence		3+		+		3+	3+		+	+				3+	
écédents															
bre de rossesses	7	1	1	1	2	0	2	4	3	4	1	5	8	1	
bre de fausses ouches	1					2		3							
idents obsté-ricaux			+	+										+	
saire									+						
térectomie otale															
térectomie sub-otale															
inéorraphie ostérieure													+		
inéorraphie ntérieure															
ie antérieure													+		
copexie															
vicocystopexie															
exectomie	+														
endicectomie		+													
lecystectomie															
e de Hernie			+												
e d'éventration															
men pré-op.															
sation de masse													+	+	
leurs		+	+	+		+					+	+			
ontinence	+		+	+	+		+	+		+					
lakiurie				+					+						
res troubles						+	+	+	+		+	+			
tocèle	+	+	+	+		+	+		+	+	+	+		+	
mobile			+	+		+					+		+		
ps utérin gros	+	+	+		+		+			+					
tocèle	+	+	+				+		+	+	+		+		
trocèle													+		
inée postérieur															
Bon	+	+		+		+									
Assez Bon			+											+	
Mauvais							+		+		+	+	+		

	DEL 4027	MAG 4019	LEV 4001	TOU 3977	PRU 3822	JON 3769	BRA 3744	PER 3709	HAU 3648	LED 3646	OKD 3540	HIR 3457	AUM 3447	COL 3416	HUE 340
eveurs															
Bons			+	+		+	+			+			+		
Assez Bons	+	+									+	+			
Mauvais									+					+	
rome															
ervention															
inéorraphie															
ntérieure	+	+		+							+	+		+	
inéorraphie															
ostérieure	+	+		+		+			+		+	+	+	+	
copexie			+								+		+		
shall Marchetti															
vicocystopexie	+				+		+	+		+					
ion				+											
e d'élytrocèle															
theim Schauta		+		+								+		+	
pohysterectomie						+			+						
utation du col			+												
rodkar															
amentopexie		+													
teropexie abdominale															
fection de hamac															
terectomie															
ature des trompes															
riectomie															
lecystectomie															
endicectomie															
ection d'anse grèle															
ée d'hospi-alisation	31	20	20	19	54	22	22	31	32	20	15	16	66	-	
plications															
ès															
olie pulmonaire	+				+										
ébite	+				+										
tions doulou-euses															
ention d'urines					+										
ntration															
pareunie	+														
ul en années	1	5	8	1		8	1			9	1	11	1		

	DEL 4027	MAG 4019	LEV 4001	TOU 3977	PRU 3822	JON 3769	BRA 3744	PER 3709	HAU 3648	LED 3646	OKD 3540	HIR 3457	AUM 3447	COL 3416	HIE
xième examen															
ost.op.															
sation de masse															
leurs															
ontinence															
urie				+											
lakiurie															
pareunie															
tocèle													+		
mobile															
ps utérin gros															
tocèle															
trocèle															
cais périnée															
ostérieur															
vais releveurs															
ultat global															
s bon	+	+	+			+	+			+	+	+			
ez bon				+									+		
vais															

	PRO 3310	GAU 3274	LAU 2943	CHE 2935	LAB 2926	LER 2881	DEM 2840	MAL 2780
d'apparition								
u P.	23	54	51	53	61	65	27	41
de Ménopause	-	55	51	+	•	+	-	-
d'intervention								
our P.	29	54	55	70	61	65	27	41
pulence		-		+				
écédents								
bre de grossesses	2	1	3					4
bre de fausses ouches			n					2
idents obsté-ricaux				+				
saire								
terectomie otale					+			
terectomie sub-otale								
inéorraphie ostérieure	+							
inéorraphie ntérieure								
ie antérieure				+				
copexie								
vicocystopexie								
exectomie								
endicectomie		+						
lecystectomie								
e de Hernie								
e d'éventration								
men Pré-op.								
sation de masse					+			+
leurs		+						
ontinence	+							
lakiurie				+	+			
res troubles			+					
tocèle	+	+	+	+	+		+	+
mobile	+					+	+	+
ps utérin gros								
tocèle	+			+			+	
trocèle								
inée postérieur								
Bon								
Assez Bon				+				
Mauvais	+	+	+					+

	PRO_{3310}	GAU_{3274}	LAU_{2943}	CHE_{2935}	LAB_{2926}	LER_{2881}	DEM_{2840}	MAL_{2780}
eveurs								
Bons		+	+	+		+		+
Assez Bons	+				+			
Mauvais							+	
rome								
ervention								
inéorraphie ntérieure	+	+	+	+				+
inéorraphie ostérieure	+	+	+	+	+	+	+	+
copexie shall Marchetti								
vicocystopexie	+							
ion								
e d'élytrocèle theim Schauta		+	+					+
pohysterectomie						+		
utation du col rodkar								
amentopexie bdominale								
fection de hamac							+	
terectomie ature des trompes riectomie								+
lecystectomie endicectomie ection d'anse rèle								
ée d'hospi-alisation	11							
plications								
ès olie pulmonaire ébite tions douloureuses ention d'urines ntration pareunie							+	
ul en années		10		11	11		11	

	PRO_{3310}	GAU_{3274}	LAU_{2943}	CHE_{2935}	LAB_{2926}	LER_{2881}	DEM_{2840}	MAL_{2780}
xième examen								
ost-op.								
sation de masse								
leurs								
ontinence								
surie								
lakiurie								
spareunie								
stocèle								
mobile								
rps utérin gros								
ctocèle								
ytrocèle								
uvais périnée								
ostérieur								
uvais releveurs								
sultat global								
ès bon		+		+	+		+	
sez bon								
uvais								

	4069 GAI	4271	3971 FER	4262	3430 MEN	6507	2959 LUT	5004
d'apparition								
u P.	75		37		47		40	
de ménopause	•		-		42		-	
d'intervention								
our P.	75	75	37	43	62	71	40	46
pulence					+			
écédents								
bre de rossesses	2		3		+		3	
bre de fausses ouches								
idents obsté-ricaux			+					
saire								
terectomie otale								
térectomie sub-otale	+							
inéorraphie ostérieure								
inéorraphie ntérieure								
ie antérieure								
copexie								
vicocystopexie								
exectomie	+							
endicectomie								
lecystectomie					+			
e de Hernie								
e d'éventration								
men pré-op.								
sation de masse	+						+	
leurs			+					
ontinence		+	+					
lakiurie								
res troubles					+			
tocèle	+				+	+	+	
mobile	+				+		+	+
os utérin gros			+	+			+	+
tocèle				+	+	+	+	
trocèle								
inée postérieur								
Bon								
ssez bon	+							
Mauvais							+	

	4069	GAI 4271	3971	FER 4262	3430	MEN 6507	2959	LUT 5004
eveurs								
Bons	+				+			
Assez Bons								
Mauvais							+	
rome								
ervention								
inéorraphie								
ntérieure					+			
inéorraphie								
ostérieure	+		+	+	+		+	
copexie	+		+					+
shall Marchetti								
vicocystopexie		+	+		+			
ion								
e d'élytrocèle								
theim Schauta							+	
pohystérectomie						+		
utation du col								
rodkar								
amentopexie								
téropexie								
bdominale					+			
fection de hamac								
térectomie			+					
ature des trompes								
riectomie								
lecystectomie								
endicectomie								
ection d'anse								
rèle								
ée d'hospitali-ation	22	22	34	22	-	18	-	15
plications								
ès								
olie pulmonaire					+			
ébite								
tions douloureuses								
ention d'urines					+			
ntration								
pareunie								
ul en années	½		1		9		6	

	4069 GAI	4271	3971 FER	4262	3430 MEN	6507	2959 LUT	5004
ième examen								
st-op.								
ation de masse								
eurs								
ntinence	+							
rie								
akiurie								
areunie								
tocèle					+			
mobile							+	
s utérin gros			+				+	
tocèle			+		+			
trocèle								
vais périnée								
stérieur								
vais releveurs								
ltat global								
s bon								
ez bon								
vais	+		+					

CHAPITRE III

ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

La lecture des renseignements concernant les femmes chez lesquelles un prolapsus est apparu nous a permis de tirer quelques conclusions au sujet :

- de l'âge d'apparition des prolapsus
- de l'âge des malades au moment de l'intervention
- du rapport des prolapsus avec la ménopause
- " " " " avec la corpulence
- " " " " avec les grossesses
- des raisons enfin, qui ont amené les patientes à venir nous consulter.

Etudions donc chacun des points ci-dessus énumérés.

I - AGE DES PATIENTES AU MOMENT DE L'APPARITION DU PROLAPSUS

L'âge moyen d'apparition du prolapsus calculé sur 102 patientes est de 52 ans (graphique N° 1).

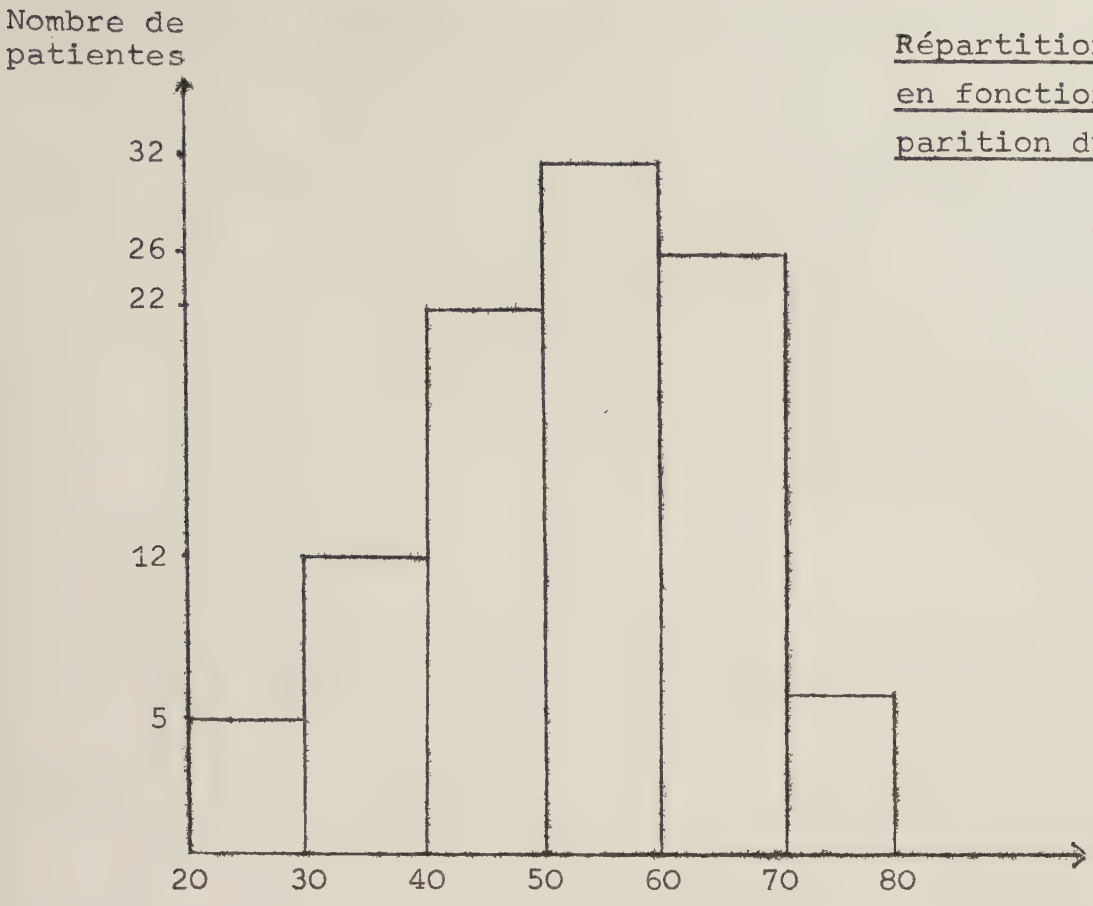
Quant au moment de l'apparition du prolapsus, il se situe, d'après nos observations, chez :

- 77,5 % des patientes entre 40 et 70 ans
- 16,5 % " " entre 20 et 40 ans
- 6 % " " entre 70 et 80 ans.

Ces résultats correspondent de très près aux pourcentages mentionnés par G. Cerbonnet dans la "Revue du praticien (21.5.1971), à savoir, 80 % entre 40 et 70 ans.
10 % entre 20 et 40 ans.
10 % entre 70 et 80 ans.

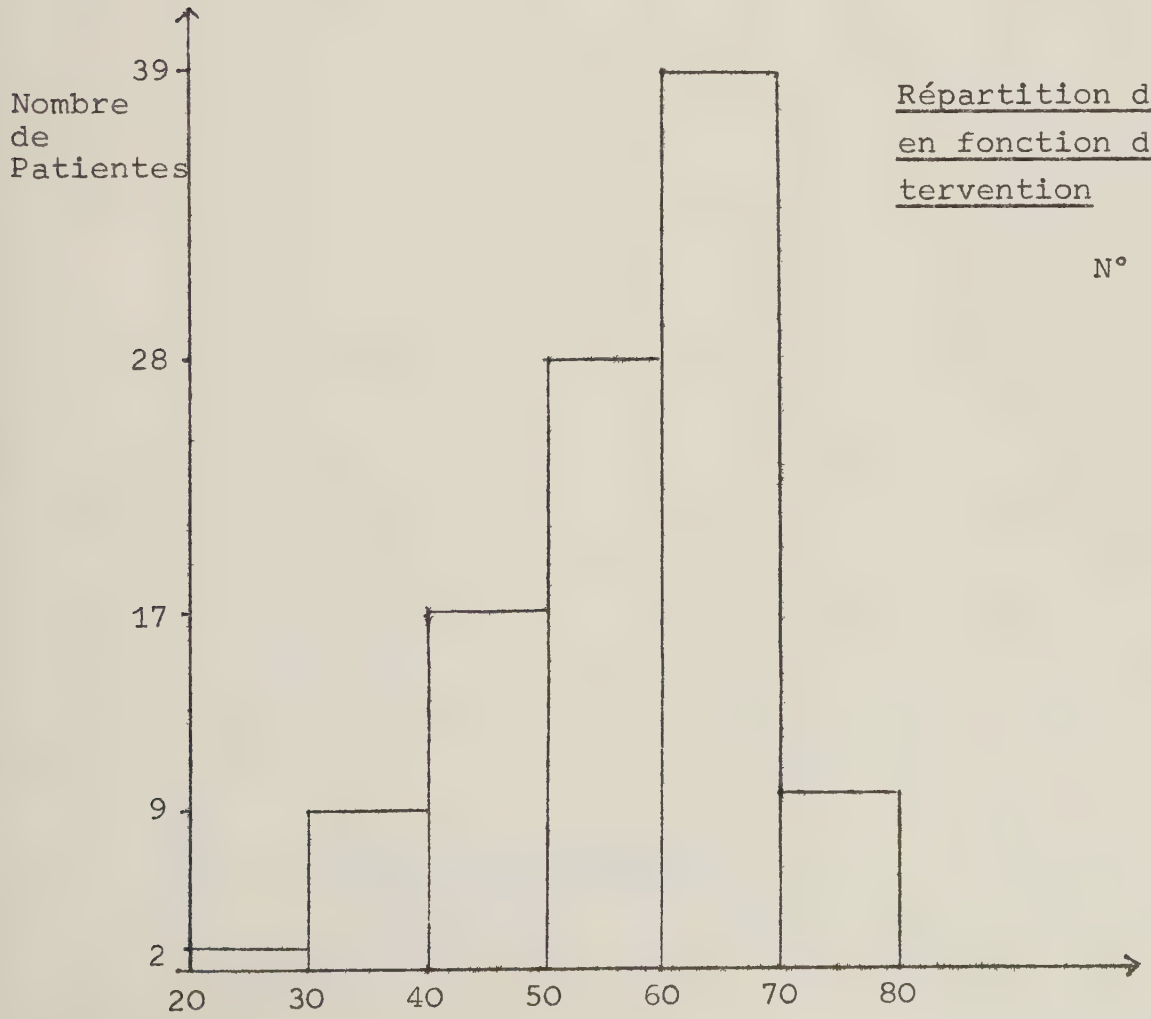
II - AGE DES PATIENTES AU MOMENT DE L'INTERVENTION

Nous pouvons tracer l'histogramme représentant la répartition des patientes en fonction de leur âge au moment de l'intervention. C'est ainsi qu'en groupant les femmes par tranches d'âge de 10 ans nous constatons que la plus grande partie d'entre elles : 39 % , sont opérées entre 60 et 69 ans compris (graphique N° 2). Quant à l'âge moyen d'intervention, pour prolapsus, dans la population étudiée, il est de 56 ans. Il est à remarquer que les femmes jeunes souffrant de prolapsus se présentent en petit nombre à nos consultations.



Répartition des patientes en fonction de l'âge d'apparition du prolapsus

N° 1



Répartition des patientes en fonction de l'âge d'intervention

N° 2

III - RAPPORT ENTRE PROLAPSUS ET MENOPAUSE

Nous avons cherché à mettre en évidence l'existence d'un rapport entre la ménopause et l'apparition du prolapsus. Il apparaît que l'âge moyen de la ménopause calculé en excluant les femmes hystérectomisées et celles pour lesquelles nous n'avons aucun renseignement à ce sujet, se situe à 50 ans.

Pour 42 patientes non hystérectomisées, nous connaissons à la fois la date de la ménopause et celle de l'apparition du prolapsus. Nous avons calculé pour chacune d'elles la différence entre la date d'apparition du prolapsus et la date de la ménopause.

Les chiffres obtenus sont placés en abcisse et groupés par tranches de 5 ans sur l'histogramme suivant (graphique N° 3) la fréquence étant en ordonnée.

Nous constatons que 26 % des prolapsus sont apparus dans l'intervalle de 2 ans avant ou après la ménopause.

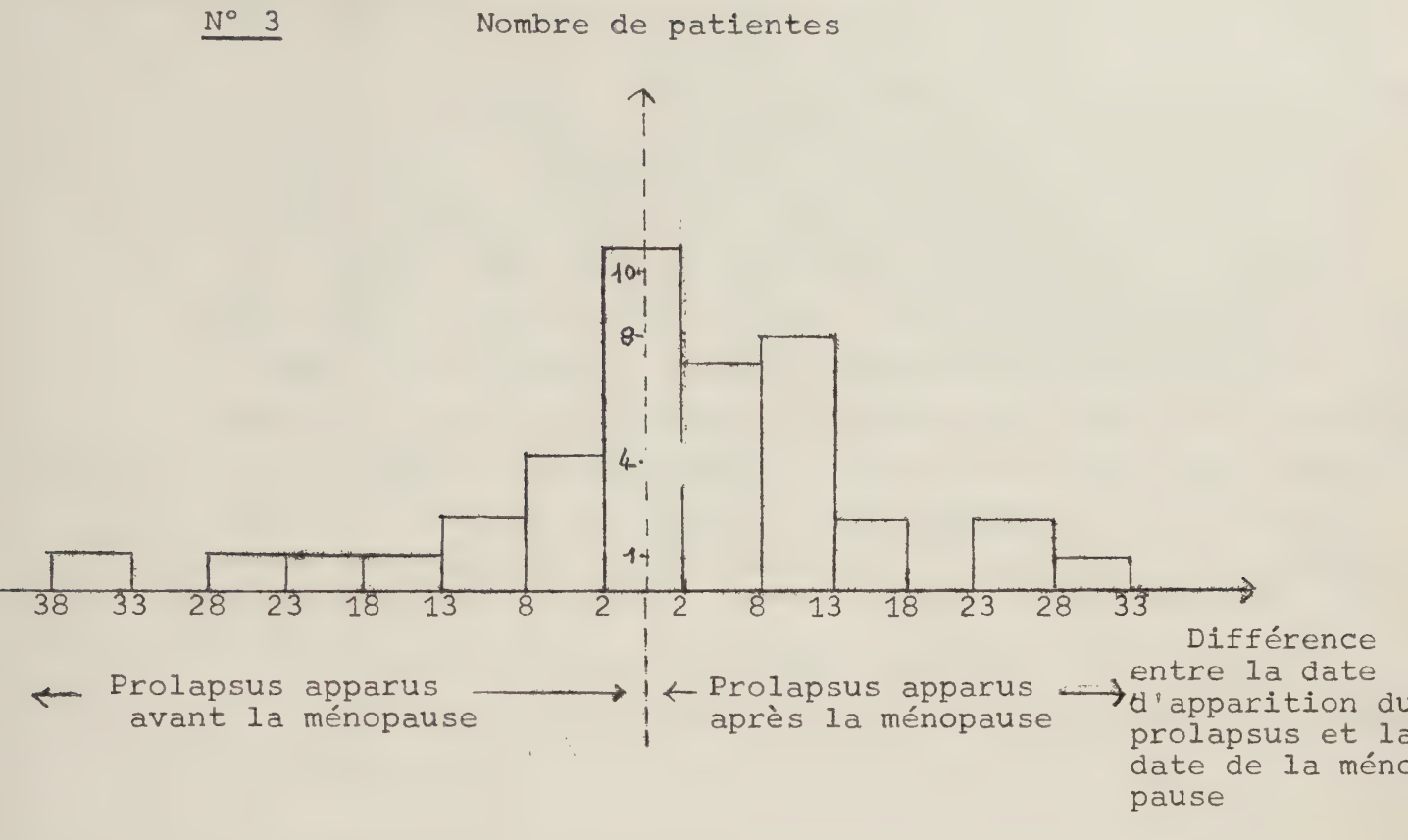
Ces résultats, ainsi que l'aspect de l'histogramme, suggèrent l'existence d'un lien entre ménopause et apparition du prolapsus, ce que nous avons vérifié par le test d'indépendance entre 2 variables quantitatives. Notre couple de variables est pour chaque patiente la date de la ménopause et la date d'apparition du prolapsus. Ce test s'est avéré positif à 5 %, c'est-à-dire que les 2 variables : date de la ménopause et date d'apparition du prolapsus sont liées. Pour les calculs et graphiques précédents, nous n'avons pas tenu compte de 24 patientes non ménopausées à l'apparition du prolapsus, ni de 23 patientes dont la date de la ménopause ne nous est pas connue, mais déjà ménopausées lors de l'apparition du prolapsus. Il est vraisemblable, au vu des dates d'apparition du prolapsus, que si les dates de ménopause étaient connues pour ces deux lots de patientes, l'allure de l'histogramme n'en aurait pas été modifiée. Ce rapport entre la ménopause et le prolapsus se retrouve d'ailleurs dans toutes les observations lues sur ce sujet (Revue du praticien du 21.4.1971).

IV - PROLAPSUS ET CORPULENCE

Nous avons eu la curiosité de rechercher l'importance

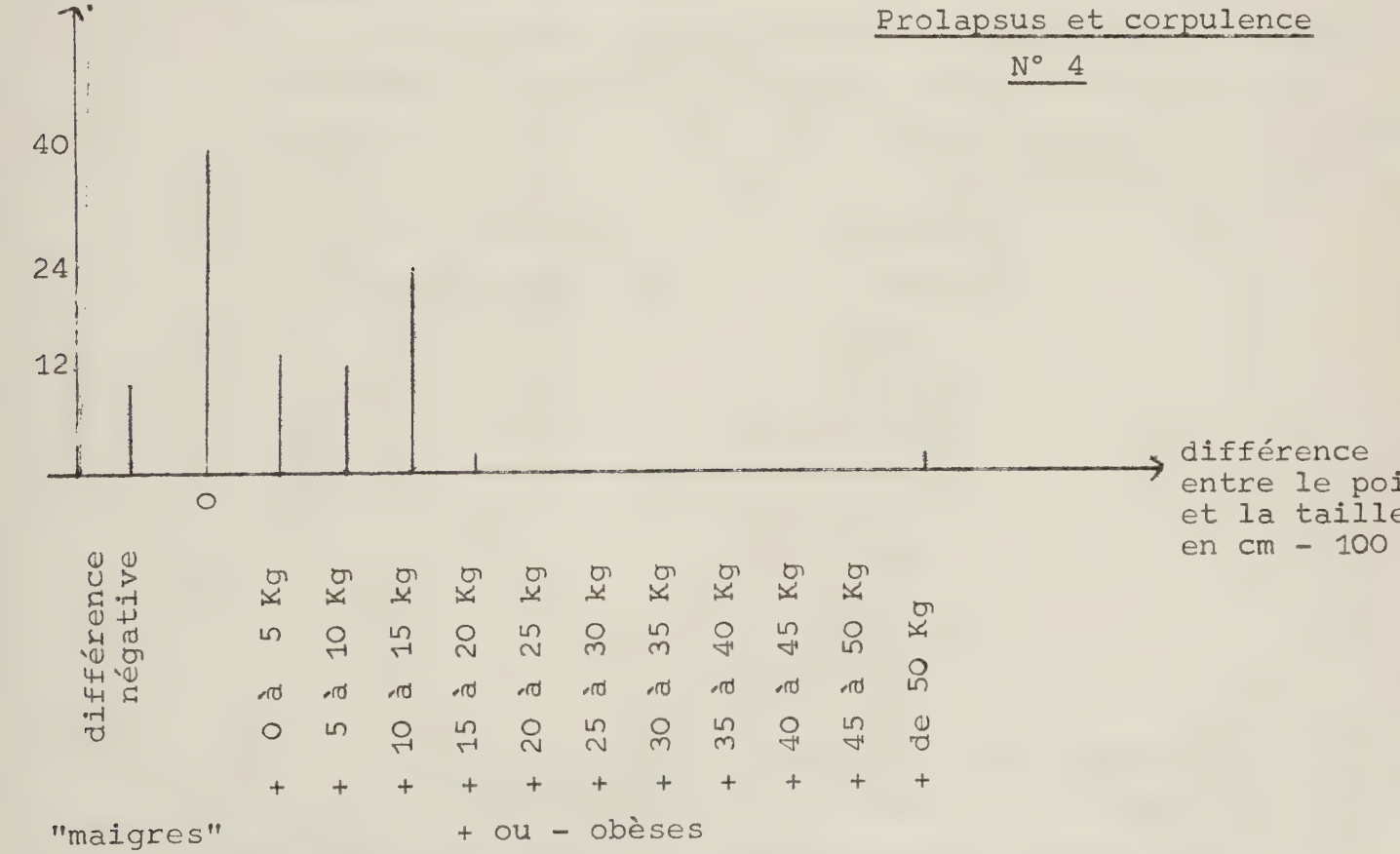
Prolapsus et ménopause

N° 3



Prolapsus et corpulence

N° 4



et la fréquence de l'obésité relative des patientes car les difficultés opératoires avaient été réelles dans certains cas.

Nous avons choisi de traduire la corpulence de chaque patiente en calculant la différence entre son poids et sa taille exprimée en centimètres moins 100 cm. Par exemple, une patiente de 1m60 pesant 66 kg a dépassé son poids "normal" de 6 kg. Ainsi, nous avons pu construire le diagramme en bâtons (page 34) en groupant les résultats obtenus par tranches de 5 kg. L'examen de 38 dossiers n'ayant apporté aucun renseignement quant à la taille et au poids des patientes, nous avons assimilé ces dernières à des personnes "normales", et ceci nous semble juste car les dossiers étaient très complets et une obésité aurait été signalée (graphique N° 4). Cette étude nous permet de constater :

1°) Le petit nombre de femmes "maigres" (11 sur 102)

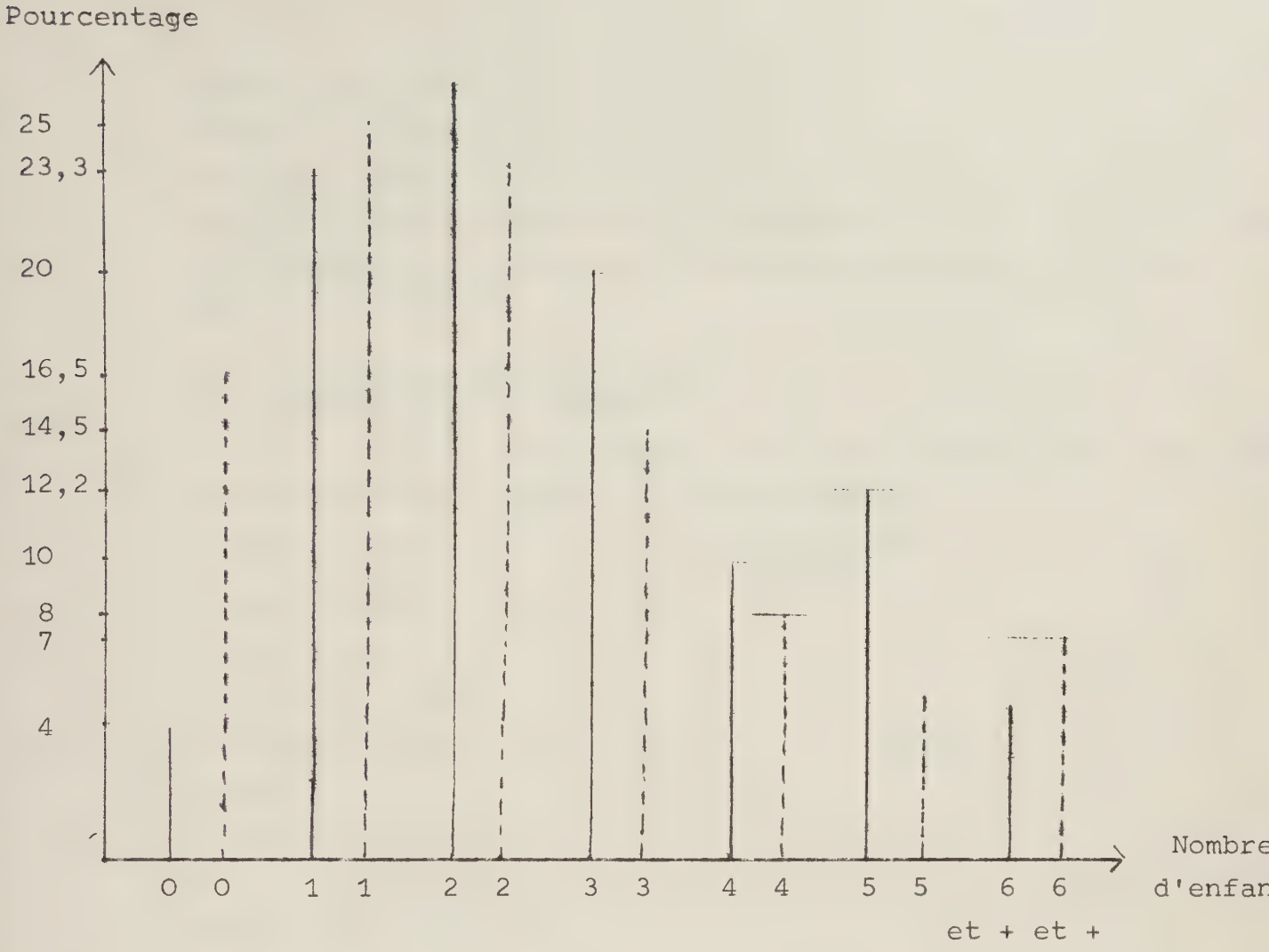
2°) L'importante proportion de femmes faiblement ou fortement obèses.

V - PROLAPSUS ET GROSSESSES

Ainsi que le fait apparaître la lecture des dossiers, les prolapsus génitaux sont survenus surtout chez les femmes multipares, la population de Saint Ouen n'échappant pas à cette règle. En effet, si nous manquons de renseignements sur 12 de nos patientes, par contre, nous savons que :

4	d'entre	elles	n'ont pas eu d'enfant
21	"	"	Ont eu 1 enfant
23	"	"	ont eu 2 enfants
18	"	"	ont eu 3 enfants
9	""	"	ont eu 4 enfants
11	"	"	ont eu 5 enfants
1	"	"	a eu 7 enfants
1	"	"	a eu 8 enfants
1	"	"	a eu 10 enfants
1	"	"	a eu 11 enfants.

La moyenne est de 2,75 enfants par patiente (graphique N° 5). Il a été constaté que 11 d'entre elles avaient subi des déchirures périnéales ou l'application de forceps. Nous avons



N° 5 - Répartition des femmes en fonction du nombre de grossesses

en traits pleins : les patientes de l'hôpital de Saint Ouen
en tiretés : Etude portant sur 240.000 femmes françaises

comparé la répartition de nos patientes en fonction de leur nombre d'enfants avec les résultats obtenus par sondage dans la population générale. (Interrogatoire portant sur 240.000 femmes - Voir Economie et Statistique N° 27 d'Octobre 1971). L'aspect d'ensemble des 2 diagrammes obtenus est sensiblement identique sauf en ce qui concerne les nullipares. En effet, celles-ci sont beaucoup moins nombreuses dans la population de nos malades (4 %) que dans la population générale où elles atteignent 16,5 %.

VI - ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

45 % de nos patientes sont des malades ayant déjà sub une intervention chirurgicale abdominale.

- Hystérectomie	13	(7 subtotales) (6 totales)
- Annexectomie et Ovariectomie	8	
- Appendicectomie	10	
- Cholecystectomie	8	
- Hernie	7	
- Cure d'éventration	4	

Ceci explique la difficulté rencontrée lors de certaines interventions.

Enfin, 36 femmes connaissaient l'existence de leur prolapsus depuis plus d'un an. Parmi celles-ci 14 ont été traitées, 6 ont subi une pexie antérieure - CHE 2935 - AUM 3447 - TIQ 4176 - TRO 5040 - TIX 5864 - MAR 6127.

6 ont porté un pessaire - CHE 2935 - HAU 3648 - LEC 4517 - HOU 4560 - DEP 4990 - MON 5976.

4 ont subi une périnéorraphie postérieure - PRO 3310 - AUM 3447 TRO 5040 - EMI 5204.

1 a subi une discopexie - EMI 5204.

1 a subi une cervicocystopexie - VAN 5455.

Par là même, nous pouvons constater que 22 patientes ont supporté leur prolapsus sans être traitées et ceci pendant bien longtemps (parfois 40 ans). En fait, il s'agit d'une popu-

lation laborieuse qui supporte ses défaillances avec patience et ne vient consulter, souvent, qu'en dernière limite.

VII - LES SIGNES D'APPEL DES PROLAPSUS.

Nous pouvons, en étudiant le tableau, découvrir que

- 14 patientes sont venues consulter pour des douleurs abdominales.
- 21 patientes sont venues pour une sensation de masse.
- 1 patiente pour une sensation de masse et des douleurs.
- 51 patientes pour des troubles urinaires seuls ou associés :

parmi celles-ci :

a) 34 se plaignaient d'incontinence seule ou associée à de la pollakiurie ou de la dysurie :

- 22 présentaient de l'incontinence seule,
- 12 présentaient de la pollakiurie ou de la dysurie.

b) 17 souffraient de troubles urinaires associés :

- 8 présentaient des douleurs abdominales basses et des troubles urinaires.
- 5 ressentaient une impression de masse et des troubl urinaires.
- 4 souffraient de douleurs abdominales et de sensatio de masse, ainsi que de troubles urinaires.

Nous constatons donc que les troubles urinaires sont fréquemment associés à des prolapsus. La recherche de ces troubles doit donc être systématique. Nous savons, en effet, que l'incontinence d'urines peut être masquée par le prolapsus. Nou pouvons considérer que l'ensemble de nos malades constitue un échantillon représentatif de la population générale des femmes atteintes de prolapsus. Nous avons la possibilité de calculer, d'après nos malades, le pourcentage de femmes présentant des troubles urinaires, et par là même, de généraliser ces résulta

Il suffit d'appliquer la formule relative aux sondage dont le résultat est le suivant : le pourcentage de femmes atteintes de troubles urinaires dans la population entière des femmes traitées pour prolapsus est compris entre 41 et 60 %. Il convient de noter par ailleurs que :

- 9 patientes sont venues consulter pour une autre raison que le prolapsus : col ulcéré, infection urinaire, pertes vaginales, métrorragies, le prolapsus ayant été découvert à cett occasion.
- 6 patientes avaient des dossiers ne comportant aucun signe d'appel.

CHAPITRE IV

ETUDE ANALYTIQUE DES DIFFERENTS TEMPS OPERATOIRES

La multiplicité des techniques utilisées dans la cure des prolapsus rend compte du peu d'efficacité de beaucoup d'entre elles.

Aussi, avec l'expérience, nous avons dû nous limiter à la pratique de certaines d'entre elles. A savoir :

- les périnéorraphies
- les discopexies
- les interventions de Vatkins Wertheim Schauta
- les colpohystérectomies par voie vaginale
- les gestes à visée urinaire :
    - cervicocystopexie par fronde
    - interventions de Marshall Marchetti.

Dans quelques cas, nous avons aussi utilisé des techniques qui se sont révélées peu probantes :

- les interventions de Shirodkar
- les ligamentopexies
- les opérations de Marion
- les hystéropexies abdominales antérieures

ou des techniques dangereuses :

- les confections de Hamac en matière inerte.

I - TECHNIQUES UTILISEES ET EXAMENS DE LABORATOIRE DEMANDES

Les prolapsus sont très variés. De nombreux facteurs intervenant dans le maintien de la statique pelvienne les induisent. Parmi ceux-ci, nous rappellerons les trois principaux

- le soutènement, facteur de loin le plus important. Il dépend essentiellement des muscles du périnée et avant tout, des releveurs.

- la suspension, elle est exercée par le tissu fibreux cloisonnant l'espace pelvien sous péritonéal.

- l'orientation, surtout importante pour le tube génital. Son rôle est parfaitement établi par l'étude de la dynamique

pelvienne lorsque les viscères sont soumis à la poussée abdominale.

La déficience de l'un de ces trois facteurs peut être à l'origine du prolapsus, mais généralement, deux ou trois de ces facteurs interviennent.

Ainsi, les traitements des prolapsus ont trois buts souvent associés :

1 - Remise en place de la vessie
2 - Maintien de l'utérus en bonne position
3 - Réfection du soutènement.

Parmi les multiples gestes possibles, nous avons choisi quand la fonction sexuelle doit être préservée.

1 - Pour corriger la cystocèle

a) un temps vésicovaginal antérieur lorsque la cystocèle est un petit élément du prolapsus : 35 cas.

b) une interposition vésicovaginale de l'utérus quand la cystocèle est l'élément dominant du prolapsus : 17 cas (opération de Vatkins Wertheim Schauta).

c) une discopexie si la suspension de l'utérus permet de corriger la cystocèle et l'hystérocèle.

2 - Pour maintenir l'utérus en bonne position

a) une hystéropexie postérieure : 37 cas

b) une opération de Shirodkar : 2 cas

c) une confection de hamac : 2 cas

d) une ligamentopexie : 1 cas

e) une pexie antérieure de l'isthme : 1 cas.

3 - Pour soutenir l'utérus et corriger la rectocèle

a) une périnéorraphie postérieure : 88 cas.

Quand la fonction sexuelle peut être supprimée, c'est-à-dire quand la patiente est âgée ou n'a plus de besoins sexuels nous la faisons bénéficier d'une colpohystérectomie par voie vaginale : 13 cas.

Enfin, quels que soient les actes destinés à corriger

le prolapsus, si celui-ci s'accompagne d'une incontinence d'urines, il faut lui associer un geste à visée urinaire.

- une cervicocystopexie à l'aide d'une fronde : 25 cas
- une opération de Marshall Marchetti : 7 cas
- une opération de Marion : 1 cas.

Toutes ces interventions doivent bien sûr être précédées de certains examens de laboratoire.

Il faut préciser l'aspect du col utérin grâce aux colposcopies et sa texture par des biopsies au moindre doûte. Les frottis ne sont presque jamais réalisés car les patientes refusent d'aller à Paris dans un laboratoire compétent.

Il est aussi nécessaire de vérifier la cavité utérine par hystérographie, et surtout, par curetage biopsique. Cette pratique n'est pas sans inconvénient : nous avons eu quelques phlébites post-opératoires (5 cas, tous avec embolie).

II - INTERVENTIONS PRATIQUEES COURAMMENT DANS LE SERVICE

1 - Périnéorraphies

a) Périnéorraphie postérieure

Cette intervention est un temps capital dans la cure de nombreux prolapsus. Elle a été effectuée 88 fois.

Son but est de reconstituer le coin périnéal postérieu seul moyen de soutènement de l'appareil génital féminin.

Pour être efficace, ce temps postérieur doit comporter toujours une large dissection de la cloison recto-vaginale et une suture des releveurs sur la ligne médiane. Cette suture est toujours pratiquée avec des fils non résorbables. Nous n'avons jamais eu d'ennuis, à part une élimination de fils, tardive et sans préjudice pour la solidité du périnée : ALA 5506.

Nous pratiquons très rarement une colpectomie postérieure, à tort ou à raison. 1 cas QUE 5249 - et nous drainons toujours par un Redon placé dans le décollement : ceci simplifie beaucoup les suites opératoires.

La nécessité du soutien de l'appareil génital féminin par périnéorraphie postérieure, pour assurer le succès de l'in-

tervention, apparaît dans la diversité des actes qui lui sont associés.

- discopexie : 35 cas
- geste à visée urinaire : 21 cas
- Vatkins Wertheim Schauta : 16 cas
- colpohystérectomie : 13 cas
- périnéorraphie antérieure : 3 cas.

Cet acte confère une grande solidité au périnée postérieur, ce que nous avons vérifié chez toutes les patientes revues. Nous pouvons considérer cette technique comme excellente, bien que nous ayons eu une récidive de rectocèle 1 an après la première intervention : FER 3937. Cette rectocèle récidivée a entraîné une nouvelle périnéorraphie pour cette patiente : FER 4262.

L'efficacité de cette technique a été si grande parfois que certaines patientes ont eu des ennuis conjugaux du fait de dyspareunies : NEY 4450 - DEL 4027 - ROM 4975 - MAG 456 LEM 5411.

Cet inconvénient est aujourd'hui complètement éliminé. Avec l'expérience, nous avons appris à mieux calibrer la vulve en fonction des besoins conjugaux.

Les dyspareunies du début n'ont jamais été rédhibitrices. Une simple dilatation sous anesthésie générale a tout normalisé.

b) Périnéorraphie antérieure

Cette intervention a été réalisée 35 fois.

Nous nous sommes toujours refusés à effectuer l'ancienne et illusoire colpectomie losangique isolée. Il s'est toujours agi de disséquer largement la vessie, tant en avant, que latéralement, et de la refouler "au plafond". Le soutènement est assuré par la réfection du fascia de Halban et par la suture vaginale. La solidarisation de celle-ci avec l'isthme maintient élevée la vessie. Cet acte est associé à une plus ou moins grande colpectomie antérieure.

2 - <u>Discopexie</u>

La discopexie occupe une place importante dans la cur

des prolapsus puisqu'elle a été pratiquée sur 37 patientes se répartissant de la façon suivante :

- moins de 30 ans : 1
- de 30 à 39 ans : 4
- de 40 à 49 ans : 4
- de 50 à 59 ans : 12
- de 60 à 69 ans : 14
- au-delà : 2

Ainsi, 74,9 % des patientes sont âgées de 50 à 69 ans.

Les troubles présentés par ces 37 patientes sont associés de façons diverses. Nous relevons :

- 19 rectocèles
- 28 cols mobiles
- 30 cystocèles dont : 4 cystocèles seules
  9 cystocèles associées à 1 col mobile
  1 cystocèle associée à 1 rectocèle
  16 cystocèles associées à 1 rectocèle et à 1 col mobile.
- 2 élytrocèles dont l'une avec rectocèle.

Par ailleurs, 8 de ces patientes ont subi une hystérectomie, soit 3 totales et 5 subtotales. Elles présentaient toutes une cystocèle et 6 d'entre elles un col mobile. Ceci est intéressant à signaler car notre population de malades ne comporte que 13 hystérectomisées.

Le principe de la discopexie est de suspendre l'utérus au promontoire. L'exécution de cette intervention est conditionnée par les possibilités d'ascension du col au promontoire.

La technique utilisée est celle de J. Huguier : la suspension s'effectue par l'intermédiaire de 2 brins de nylon 2. Ceux-ci sont passés dans le surtout fibreux recouvrant le ligament prévertébral à l'aide d'une aiguille semi courbe qui doit être vue par "transparence" lors de son cheminement (37 cas). Cette précaution permet de ne pas blesser le disque, lequel ne doit en aucun cas être perforé.

La réalisation de cet acte doit se faire avec une

asepsie de type orthopédique. Elle n'a donc jamais lieu en cas d'infection des voies génitales ou ouverture de celles-ci - encore que l'on puisse associer une hystérectomie abdominale sub totale et une discopexie. 4 cas : FER 3937 - MAL 4904 - CHO 491 HOU 4560.

Nous avons cependant relevé chez une patiente ayant subi antérieurement une hystérectomie totale pour cancer intra-épithélial en 1968, l'association d'une pexie du vagin au disque et d'une courte entérectomie pour diverticule de Meckel : LER 5609.

La péritonisation doit toujours être très soigneuse. Elle est exécutée aux points séparés de soie ou de nylon fin avec exclusion du cul de sac de Douglas pour éviter la survenue d'occlusions secondaires.

Cette intervention est toujours accompagnée d'une bonne myorraphie des releveurs - mais d'autres gestes peuvent lui être associés. Ainsi nous relevons :

- 1 ligature des trompes : BEN 5493
- 1 confection de hamac en nylon : DEM 2840
- 1 resection du cul de sac de Douglas : AUM 3447
- 8 gestes à visée urinaire
-16 périnéorraphies antérieures.

Les suites opératoires immédiates ont en général été tout à fait normales, mais nous trouvons cependant :

- 1 cas de mictions douloureuses : LEC 4902, et plus tardivement :
- 1 cas d'éventration : BER 5497.

Mais aucune de ces complications ne peut être mise au passif de la discopexie.

A distance, 27 patientes ont été réexaminées. Nous avons constaté 22 résultats excellents

2 cas vus 1 an après l'intervention : PES 5798 - OKD 3540
3 cas vus 2 ans après l'intervention : ALA 5506 - LUN 6059 GOM 5724
7 cas vus 3 ans après l'intervention : MON 4757 - LEC 5399 GIB 5465 - LER 5609 - GRE 5836 - TES 5883 - MON 5976

3 cas vus 4 ans après l'intervention : LEM 5411 - ROB 5484 BER 5497

2 cas vus 5 ans après l'intervention : MUL 5118 - DES 5139

2 cas vus 6 ans après l'intervention : TRO 2652 - GAC 4134

1 cas vu 7 ans après l'intervention : CAR 4671

1 cas vu 8 ans après l'intervention : LEV 4001

1 cas vu 11 ans après l'intervention : DEM 2840

3 assez bons résultats :

AUM 3447 présente 1 an après l'intervention 1 cystocèle discrète.

MAR 6127 présente 1 an après l'intervention de la pollakiurie.

TIQ 4176 présente 6 ans après l'intervention 1 cystocèle intermittente.

Mais aucun de ces cas ne nécessite une réintervention.

Enfin, 2 mauvais résultats dus aux gestes associés :

GAI 4069 - son incontinence d'urines, méconnue lors du premier examen s'est manifestée 6 mois après l'intervention. Elle a nécessité une cervicocystopexie (GAI 4271). Le résultat à distance n'est pas connu en raison de son décès lié à une occlusion intestinale aigüe dans une clinique de la région parisienne, 5 ans après nos interventions.

FER 3937 - déjà étudiée au paragraphe précédent : il s'est agi d'une défaillance de la périnéorraphie postérieure.

Reste 1 résultat désastreux qui ne peut être imputé nous : TAK 5916. A la suite d'une intervention pratiquée en dehors du service, cette patiente a présenté une lombodiscite.

Nous avons constaté une annexite droite et une formidable réaction inflammatoire au niveau du promontoire où se trouvait un abcès de la taille d'une cerise dans laquelle baignaient les 2 nylons. Cette lombodiscite n'a jamais complètement cédé et un jour ou l'autre, nous serons amenés à proposer une greffe.

3 - <u>Interposition vésico-vaginale de l'utérus ou opération de Vatkins Wertheim Schauta</u>.

Cette intervention a été effectuée 17 fois dans le service, sur des patientes âgées de 38 à 74 ans.

Son but est de créer une pelote sous vésicale à l'aide de l'utérus, afin de corriger la cystocèle qui en est l'indication type (17 cas sur 17).

Les conditions de sa réalisation sont strictes : le col utérin doit être à la fois assez mobile pour permettre l'exécution du geste et assez fixe pour en assurer le succès.

Le corps utérin ne doit pas être pathologique.

La cavité utérine est vérifiée par hystérographie ou curetage biopsique. Il ne doit être ni trop gros ni trop petit.

Ainsi, un fibrome volumineux ou susceptible de se développer contre indique l'intervention.

Enfin, il faut toujours accompagner cet acte d'une bonne réfection du périnée postérieur avec myorraphie des releveurs (17 fois).

A l'opération de Vatkins Wertheim Schauta peuvent être associés également d'autres gestes : une de nos patientes a subi une ligature des trompes dans le but d'éviter la possibilité d'une grossesse ultérieure, son accord préalable ayant été acqui MAL 2780 - 41 ans - 4 enfants.

Trois patientes ont subi en même temps une périnéorraphie antérieure : MAL 2780 - TOU 3977 - DUQ 4691.

Deux malades présentent une incontinence d'urines : TOU 3977 - COU 5843 - mais une seule d'entre elles a été spécifiquement traitée par une opération de Marion : TOU 3977.

Enfin, une patiente a subi en même temps une ligamentopexie : MAG 4019.

Les suites opératoires immédiates ont été normales. A distance, 10 patientes ont été contrôlées : nous comptons 7 très bons résultats :

- DEJ 6162 - revue 2 ans après l'intervention
- BOU 5839 - revue 3 ans après l'intervention
- LET 5682 - revue 3 ans après l'intervention
- MAG 4019 - revue 5 ans après l'intervention
- GOU 4107 - revue 8 ans après l'intervention
- GAU 3374 - revue 10 ans après l'intervention
- HIR 3457 - revue 11 ans après l'intervention.

1 assez bon résultat : TOU 3977 se plaint de dysurie 9 ans après l'intervention.

1 résultat médiocre : BIL 4537 souffre de douleurs iliaques gauches et surtout, présente un col mobile : 3 ans après l'intervention, une correction par discopexie a été envisagée, mais elle n'a pu avoir lieu, la patiente ne s'étant plus manifestée.

1 échec enfin : LUT 2959. Le prolapsus récidive 6 ans plus tard Nous pratiquons alors une discopexie : LUT 5004. Cet insuccès correspond à une trop grande mobilité du col.

Dans l'ensemble, nous pouvons considérer que l'intervention de Vatkins Wertheim Schauta est une bonne opération, facile, rapide, peu choquante, convenant à des femmes obèses, ménopausées ou acceptant la ligature des trompes.

4 - Colpohystérectomie par voie vaginale

Dans notre série, 13 patientes âgées de 60 à 76 ans ont subi une colpohystérectomie par voie vaginale.

Le principe de cette intervention est de supprimer l'utérus, cause ou élément principal du prolapsus.

La condition essentielle à la réalisation de cet acte réside dans la mobilité de l'utérus. Celui-ci peut même perdre son droit de cité dans le pelvis.

En aucun cas, l'utérus ne doit être porteur de lésion malignes. Différents types de prolapsus peuvent être intéressés par cette intervention.

Ainsi, l'hystérocèle s'est trouvée associée à :

- 1 cystocèle dans 11 cas
- 1 rectocèle dans 5 cas
- 1 élytrocèle dans 3 cas.

Par ailleurs, cystocèle et rectocèle ont été associée dans 3 cas. Rectocèle et élytrocèle dans 2 cas. L'exécution technique de cette intervention a toujours comporté une hystérectomie avec colpectomie totale (13 cas). Elle a toujours été accompagnée d'une bonne myorraphie des releveurs. Elle a, de plus, été associée à 1 périnéorraphie antérieure (MAR 4607), à une réfection du plancher vésical (GUY 5010).

Les suites opératoires immédiates ont été normales à part une infection locale : PON 4696.

A distance, 3 patientes ont été revues, leur état est excellent :

- TRO 5888 revue 3 ans après l'intervention
- PON 4696 revue 5 ans après l'intervention
- JON 3769 revue 8 ans après l'intervention.

Les 10 autres malades ne se sont pas manifestées ni en bien, ni en mal.

Ainsi, peut-on considérer la colpohystérectomie par voie vaginale comme une excellente intervention chez des patientes ayant renoncé à la vie génitale et ne pouvant supporter un acte par voie haute.

Nous préférons de beaucoup cette dernière intervention aux cloisonnements du vagin : ceux-ci ne permettent pas le contrôle ultérieur de l'utérus et exposent à l'incontinence d'urine par distorsion de l'urêtre .

5 - Gestes à visée urinaire

Les prolapsus avec incontinence d'urines à l'effort sont fréquents dans la série étudiée. Sur 102 patientes nous en comptons 52 souffrant de troubles urinaires, dont 34 d'incontinence d'urines. Sur ces 34 incontinentes, 28 ont un prolapsus comprenant une cystocèle.

Du fait de leur fréquence, les troubles urinaires doivent être systématiquement recherchés par interrogatoire et examen. L'interrogatoire est souvent difficile chez les femmes pudiques. L'examen doit être effectué au moment d'un effort sur la femme debout puis couchée, et dans ce dernier cas, avant et après correction instrumentale du prolapsus.

L'incontinence d'urines apparaît lors de la ménopause et souvent chez les multipares ayant eu des accouchements laborieux. La cause de cette incontinence d'urines peut être aussi une anomalie fonctionnelle préexistante à l'accouchement, ce dernier n'étant que le facteur déclenchant.

L'incontinence d'urines peut être potentielle et masquée - soit que l'utérus ait un effet pelote au niveau de la

jonction cervico-vésicale - soit que la cystocèle agisse comme une chambre d'expansion permettant à l'incontinence de ne pas s'extérioriser à l'effort.

Le colpocystogramme permettrait de déceler ces incontinences d'urines potentielles et de les différencier en types antérieur et postérieur. Malheureusement, nous ne pouvons bénéficier de cet examen radiologique à Saint Ouen. Aussi, avons-nous dû nous fier seulement à l'examen clinique pour décider de la thérapeutique.

Le traitement de l'incontinence d'urines s'effectue à l'hôpital de Saint Ouen grâce à deux interventions :

1 - la cervicocystopexie par fronde sous-urétrale : 25 cas
2 - la cervicocystopexie type Marshall Marchetti - 7 cas.

Elles visent toutes deux à réintégrer le col vésical dans l'atmosphère abdominale. Nous abandonnons progressivement les cervicocystopexies par fronde et préférons maintenant les interventions de Marshall Marchetti : plus faciles à réaliser.

1 - Cervicocystopexie par fronde sous-urétrale

La cervicocystopexie a pour but de soulever le col vésical à l'aide d'une bandelette de peau prise sur la ligne médiane.

Elle s'effectue par voie mixte :

Le temps inférieur périnéal consiste après colpotomie antérieure à disséquer l'urètre et à mettre en place un tampon de chaque côté de celui-ci pour pouvoir guider la fronde.

Le temps supérieur s'effectue par voie abdominale extrapéritonéale. La lamelle de peau doit être introduite sous l'urètre à la façon d'une fronde. Les deux tampons glissés par voie basse de chaque côté de l'urètre nous permettent de mieux repérer son trajet sous-urétral.

Ce temps supérieur comporte deux difficultés techniques :

1) l'emplacement de la fronde doit être garanti par sa fixation à l'isthme utérin. Ainsi, la fronde ne peut glisser ni en arrière, entraînant une anurie par compression des ure-

tères - ni en avant entraînant une retention urinaire.

2) la juste tension de la fronde s'acquiert à la suite d'une longue expérience chirurgicale. Elle ne doit être ni trop faible pour être efficace, ni trop forte pour éviter la retention d'urines ou la nécrose des tissus urétraux.

Enfin, ce temps supérieur est en général complété par la mise en place d'un drain de Redon de chaque côté de l'urètre. La difficulté de cette technique explique notre préférence pour l'intervention de Marshall Marchetti.

Les 25 cervicocystopexies pratiquées dans le service se distribuent ainsi :

- 8 cervicocystopexies ne s'accompagnent d'aucun autre geste.
- 17 cervicocystopexies réalisées en association avec un ou plusieurs gestes opératoires :

  - périnéorraphies postérieures : 16 cas
  - périnéorraphies antérieures : 12 cas
  - discopexies : 3 cas : CHO 4914 - MON 4757 - LEC 4517
  - hystérectomies pour annexite chronique et fibrome : DEL 4027 - FRA 4920 - PRU 3822
  - colpohystérectomie par voie vaginale : 1 cas : PON 4696
  - hystéropexie abdominale antérieure : 1 cas : MEN 343

Les suites opératoires immédiates ont été normales, cependant, il faut signaler 4 cas de rétention d'urines particulièrement durables : PRU 3822 - JAB 4402 - FRA 4920 - QUE 5419

Onze de nos patientes ont été revues. Parmi celles-ci, 8 sont très satisfaites et à l'issue de :

1 an : BRA 3744
2 ans : DEL 4027 - VAN 5455
3 ans : MON 4757 - QUE 5419
5 ans : PON 4696
9 ans : LED 3646
11 ans : DEM 2840

2 patientes montrent encore des troubles :

DEP 4990 : souffre de pollakiurie 6 ans après l'intervention.

MAG 4566 : présente une incontinence discrète et intermittent 7 ans après l'intervention.

Reste 1 malade : MEN 3430. Le résultat est excellent sur le plan urinaire, mais nous avons dû réintervenir pour le prolapsu et transformer l'hystéropexie abdominale antérieure réalisée en 1962, en une colpohystérectomie par voie vaginale.

2 - Opérations de Marshall Marchetti

L'opération de Marshall Marchetti s'effectue par voie haute. Le soutien de l'urètre et du col vésical est assuré de chaque côté du col vésical par 3 nylons que nous fixons au vagin en bas, et aux ligaments de cooper en haut.

Nos 7 interventions se répartissent ainsi :

1 opération a été réalisée de façon isolée : BRU 6094
6 interventions ont été effectuées en association avec d'autres gestes :

- 1 hystérectomie avec annexectomie : PIC 6236
- 1 périnéorraphie antérieure et postérieure : HOU 6174
- 4 périnéorraphies postérieures avec discopexie : TES 5883 - MON 5976 - LUN 6059 - MAR 6127

Les suites opératoires ont toutes été normales.

A long terme, 6 patientes ont été revues. Nous constatons :

5 très bons résultats : HOU 6174 - 1 an après
LUN 6059 - 2 ans après
PIC 6236 - 2 ans après
TES 5883 - 3 ans après
MON 5976 - 3 ans après

1 assez bon résultat dû à la persistance de pollakiurie quelques mois après l'opération : MAR 6127.

Dans l'ensemble, nous considérons que les cervicocystopexies par fronde sont de bonnes interventions, mais que :

d'une part, elles réservent des suites immédiates et à long terme plus difficiles et plus incertaines que les Marshall Marchetti ;

d'autre part, elles sont de réalisation plus délicate que ces dernières. D'où notre préférence actuelle.

III - INTERVENTIONS PRATIQUEES EXCEPTIONNELLEMENT DANS LE SERVICE

1 - Opération de Shirodkar

Il s'agit de la création en avant de l'utérus, d'une sangle élévatrice, avec les ligaments utérosacrés transplantés et raccourcis. Cette opération s'oppose à l'antéposition du col et à la rétroversion de l'utérus.

Elle a été effectuée deux fois :

- HER 5239 - Il s'agit de la cure d'une cystocèle importante. Les ligaments utérosacrés ne sont pas de bonne qualité. Ils sont suturés mais non croisés au devant de l'isthme utérin. Une périnéorraphie postérieure est associée.

Nous n'en connaissons pas le résultat à distance.

- ROM 4975 - Il s'agit d'une cystocèle traitée par voie périnéale, avec allongement du col utérin, d'aspect métritique. Une amputation du col a été nécessaire. Une périnéorraphie postérieure a été associée. Le résultat en est excellent 6 ans plus tard.

2 - Ligamentopexie

1 cas : MAG 4019 - L'opération de Wertheim Schauta a été complétée par une pexie de la face postérieure de l'isthme aux ligaments ronds. Le résultat en est excellent 5 ans plus tard.

3 - Hystéropexie abdominale antérieure

Le but de l'hystéropexie abdominale antérieure est de suspendre l'utérus à la paroi abdominale antérieure avec le danger d'ouvrir le cul de sac de Douglas et de favoriser les élytrocèles.

En 1962, un prolapsus global MEN 3430 - a été traité par une hystéropexie abdominale antérieure associée à une double périnéorraphie et à une cervicocystopexie.

Neuf ans plus tard, le prolapsus réapparaît sous l'as

pect d'une cystocèle et d'une rectocèle. Il a été nécessaire de réintervenir, de libérer la pexie antérieure et de réaliser une colpohystérectomie par voie vaginale : MEN 6507. Cette opération avait été proposée en 1962 mais refusée par le conjoint.

D'autre part, six patientes ayant déjà subi une hystéropexie abdominale antérieure dans d'autres services, ont dû être réopérées chez nous.

- TIX 5864 - présente une hernie du Douglas et doit subir la résection du cul de sac de Douglas et une hystérectomie pour endomètre suspect. Deux ans plus tard, le résultat est très bon

- MAR 6127 - se plaint d'une rectocèle importante et sa ventrofixation doit être transformée en discopexie.

- CHE 2935 - présente une récidive de cystocèle. La ventrofixation est conservée mais une double périnéorraphie doit être pratiquée. Onze ans plus tard, le résultat est toujours excellent.

- TIQ 4176 - accuse une récidive globale de son prolapsus. Ce qui nécessite une double périnéorraphie avec discopexie. Six ans plus tard, cette malade présente encore une cystocèle intermittente.

- AUM 3447 - montre quatre ans après l'intervention une élytrocèle grosse comme le poing. Cette élytrocèle doit être disséquée par voie mixte et la pexie antérieure transformée en discopexie. Un an plus tard subsiste une cystocèle discrète.

- TRO 5040 - voit se former cinq ans après la première intervention une rectocèle et une élytrocèle. La pexie abdominale antérieure est supprimée. Six ans plus tard, la rectocèle est toujours perçue, d'où la nécessité d'une discopexie avec réfection de la périnéorraphie postérieure. Six ans après, le résultat est excellent.

L'aberration de cet acte nous semble être bien démontr par cette série de récidives. C'est pourquoi si cette technique a été utilisée une fois il y a dix ans, ce cas est bien resté unique.

4 - Opération de Marion

Ce geste à visée urinaire consiste en une plicature des tissus sous-urétraux à l'aide de fils de lin, effectuée par voie basse. Nous n'avons qu'un seul cas à notre actif : TOU 397 Un an après l'intervention, la patiente souffre de dysurie. Nous pensons en fait que cette intervention est illusoire et nous ne la pratiquons plus.

5 - Confection de Hamacs en matière inerte

Ceux-ci ne sont plus confectionnés dans le service car nous considérons leur exécution comme étant trop dangereuse sur le plan urinaire.

Nous avons toutefois retrouvé deux cas :

- DEM 2840 - L'équivalent d'un hamac a été réalisé chez cette patiente : nous avons effectué une discopexie et une isthmopexi antérieure à l'aide de bandelettes de nylon, celles-ci ont été fixées en haut à l'isthme, en bas à chaque ogive pubienne. Les suites opératoires ont été marquées par l'impossibilité de miction spontanée après ablation de la sonde pendant 9 jours. Après un délai de 11 ans, le résultat en est toujours excellent

- EMI 5204 - Cette malade présente une récidive de cystocèle après avoir subi une discopexie et une périnéorraphie postérieure, il y a 9 ans. Une suspension de la vessie est réalisée à l'aide d'une culotte de peau au scialite. Les suites opératoires sont normales et le résultat à distance, 5 ans, est toujours excellent.

CHAPITRE V

ETUDE SYNTHETIQUE DES TEMPS OPERATOIRES

Nous allons maintenant considérer dans son ensemble, le traitement reçu par chaque patiente afin de rendre ce travail plus clair, nous étudierons :

I - Les cas présentant un prolapsus isolé

II - Les cas de prolapsus doublés d'une incontinence d'urines

III - Les cas de prolapsus associés à un fibrome

IV - Les cas de prolapsus survenus après hystérectomie totale.

I - PROLAPSUS ISOLES

1 - Périnéorraphie postérieure isolée : 2 cas

- ENF 5094 - Le col utérin peu mobile et le périnée postérieu déficient ont été traités par une simple périnéorraphie posté rieure. Son état est excellent 5 ans plus tard.

- BOU 4706 - La cystocèle est légère - la rectocèle importante et le périnée postérieur défaillant. La périnéorraphie est associée à deux autres actes n'intéressant pas le prolapsus : une hystérectomie totale pour endomètre suspect et une appen dicectomie. Nous terminons par une pexie du vagin aux ligamen ronds. Deux jours après l'intervention, la malade meurt d'un embolie pulmonaire. Il s'agit du seul décès survenu dans notre série.

2 - Périnéorraphie postérieure et cure d'élytrocèle par voie basse ou mixte : 2 cas

- QUE 5249 - Il s'agit d'une récidive de prolapsus traité en dehors du service, 13 ans auparavant. Il existe une légère cy tocèle, une importante rectocèle et une élytrocèle. La périné raphie postérieure est associée à une dissection, puis une résection du cul de sac de Douglas.

- TIX 5864 - Cette patiente présente une élytrocèle, une rect cèle et un périnée postérieur médiocre. La malade a antérieur ment subi une hystéropexie abdominale dans un autre établisse ment. Nous avons fait par voie basse une résection du cul de sac de Douglas, une périnéorraphie postérieure, par voie haut une hystérectomie avec conservation des annexes pour cancer du corps utérin, ceci après avoir libéré l'hystéropexie. Il aurait été plus logique de pratiquer une discopexie, mais cec semblait dangereux en raison de l'ouverture du vagin. Deux an plus tard, le résultat est excellent.

3 - Double périnéorraphie antérieure et postérieure : 2 c

- CHE 2935 - MAR 5185 - Les deux patientes présentent une cys tocèle légère et un mauvais périnée postérieur. Dans les deux cas, la double périnéorraphie a été un succès vérifié 5 ans plus tard : MAR 5185 - 11 ans plus tard : CHE 2935.

4 Périnéorraphie postérieure et discopexie : I0 cas

- AUM 3447 - GAI 4069 - CAR 467I - TEI 4868 - LEC 4902 - TRO 5040 - DES 5I39 - LEC 5399 - LEM 54II - BER 5497 - Toutes les patientes présentent un médiocre périnée postérieur - 7 montrent une rectocède - 7 un col ultérin mobile et 6 une cystocèle.

Quatre cas n'ont présenté aucune difficulté technique : TEI 4868 - LEC 4902 - LEM 54II - BER 5497 - Nous avons constaté avec un recul de quatre ans, les résultats excellents des deux dernières patientes précédemment nommées.

Parmi les cas suivants :
- trois autres malades sont traitées alors qu'elles ont déjà subi une hystérectomie subtotale pour fibrome : GAI 4069 - CAR 467I - LEC 5399.
- LEC 5399 présente un résultat excellent trois ans plus tard.
- CAR 467I a subi en même temps, la résection d'une anse grêle adhérant au cul de sac d'une éventration. Son état est excellen 7 ans plus tard.
- Une autre malade bénéficie d'un acte n'intéressant pas le prolapsus : DES 5I39 subit une ovariectomie et une cholécystectomie. Le résultat en est excellent après cinq ans.
- Enfin, les deux derniers cas sont des récidives à la suite d'interventions pratiquées en dehors du service :
- AUM 3447 - présente une hernie du cul de sac de Douglas, cinq ans après avoir subi une hystéropexie abdominale antérieure et une périnéorraphie postérieure pour rectocèle. Il a fallu reséquer puis disséquer le cul de sac péritonéal et transformer la pexie abdominale antérieure en discopexie. Un an plus tard la patiente présente encore une cystocèle légère.
- TRO 5040 - A la suite d'une cervicopexie antérieure et d'une périnéorraphie postérieure pour cystocèle, voit se constituer une rectocèle cinq ans plus tard. Ceci entraine la suppression de l'hystéropexie abdominale antérieure, puis devant la persistance de la rectocèle, la confection d'une discopexie. Le résultat en est excellent six ans plus tard.

5 - Discopexie et double périnéorraphie : 12 cas

Sept cas sont spécialement simples : OKD 3540 - COR 5016 - MUL 5118 - BOU 5123 - ALA 5506 - DES 5798 - GRE 5836. Cette dernière patiente a subi antérieurement une hystérectomie subtotale.

Chacune de ces malades présente une cystocèle et un col mobile, quatre d'entre elles une rectocèle. A distance, nous avons connaissance de cinq résultats, tous excellents:

- OKD 3540 - 1 an après l'intervention
DES 5798 - 1 an après l'intervention
ALA 5506 - 2 ans après l'intervention
GRE 5836 - 3 ans après l'intervention
MUL 5118 - 5 ans après l'intervention.

Par ailleurs, quatre patientes ont bénéficié d'un geste supplémentaire : GIB 5465 et BEN 5493 ont eu leurs trompes liées ; le résultat est excellent pour la première trois ans plus tard, et inconnu pour la seconde.

- GOM 5724 a été appendicectomisée. Le résultat est très bon 2 ans plus tard.

- GAC 4134 a eu une anse grêle resséquée pour ôter une tumeur bénigne. Son état est très satisfaisant 6 ans après l'intervention.

- Le dernier cas : TIQ 4176 est une récidive. Cette patiente a déjà subi une hystéropexie abdominale dans une autre clinique. Le prolapsus a totalement récidivé. Ce qui nous a conduit à pratiquer une discopexie et une double périnéorraphie. Six ans plus tard, cette patiente présente encore une cystocèle intermittente.

6 - Discopexie, périnéorraphie postérieure et Marshall Marchetti

1 cas : MAR 6127 - voit à l'âge de 64 ans récidiver un prolapsus déjà traité par une hystéropexie abdominale antérieure. Il s'agi avant tout d'une très grosse cystocèle s'accompagnant de dysurie
- Par voie basse, nous avons effectué : une périnéorraphie postérieure.

- Par voie haute, nous avons libéré la pexie abdominale antérieure et réalisé une discopexie après avoir effectué un Marsha Marchetti. Cinq mois plus tard, le résultat est excellent mais elle se plaint de pollakiurie et de mictions impérieuses. Il n'existe toutefois aucun résidu.

7 - Intervention de Vatkins Wertheim Schauta et périnéorraphie postérieure : 14 cas

- MAL 2780 - LAU 2943 - LUT 2959 - GAU 3274 - COL 3416 - HIR 34 - GOU 4107 - BIL 4537 - FAU 4666 - DUQ 4691 - LET 5682 - COU 58 - BOU 5839 - DEJ 6162.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus n'a jamai été réalisée isolément. Dans ces 14 cas, une périnéorraphie postérieure lui a été associée. Il s'est toujours agi d'un prolapsus à cystocèle largement dominante.

Nous n'avons constaté qu'un échec : LUT 2959 - Le col utérin était trop mobile et nous avons dû transformer l'interposition en une discopexie six ans plus tard : LUT 5004.

Nous connaissons six résultats excellents :

avec un recul de 2 ans : DEJ 6162
avec un recul de 3 ans : BOU 5839 - LET 5682
avec un recul de 8 ans : GOU 4107
avec un recul de 10 ans : GAU 3274
avec un recul de 11 ans : HIR 3457.

Enfin, nous constatons un assez bon résultat : BIL 4537. Revue trois ans plus tard, la patiente présente un col utérin trop mobile. Une discopexie a été envisagée, mais nous n'avons plus revu notre malade.

Six autres patientes, dont l'une a en même temps subi une ligature des trompes : MAL 2780, ne ne sont pas manifestées depuis l'intervention, aussi, ne pouvons-nous juger de l'efficacité de celle-ci.

8 - Opération de Vatkins Wertheim Schauta par voie haute, périnéorraphie postérieure et ligamentopexie : 1 cas

- MAG 4019 - La malade présente une cystocèle et une rectocèle. Par voie basse, la dissection et le refoulement de la vessie sont aisés, mais le col utérin, fixe, ne permet pas l'interposition.

Par voie haute, le col ne monte pas non plus, rendant impossible la discopexie. Nous réalisons alors l'interposition vésico-vaginale par voie haute et lui associons une pexie de la face postérieure de l'isthme aux ligaments ronds.

Le résultat est satisfaisant 5 ans plus tard.

9 - Colpohystérectomie et Périnéorraphie postérieure :

11 cas

- LER 2881 - HAU 3648 - JON 3769 - BAL 4154 - ROG 4541 - LEB 454 - MON 4737 - GUY 5010 - MAR 5436 - MAG 5824 - TRO 5888 - L'exécution de la colpohystérectomie est liée à l'acceptation de la fermeture du vagin par la malade, ce qui est le cas dans notre série. Il faut noter la nécessité d'une colpomyopérinéorraphie pour renforcer la colpohystérectomie par voie vaginale.

- GUY 5010 - Il s'agit d'une colpectomie subtotale avec exérèse du col restant - une hystérectomie subtotale pour fibrome ayant été exécutée antérieurement. Le plancher vésical a été reconstitué à l'aide des pédicules vasculaires cervico-utérins et du tissu sous-vésical : les releveurs étant de bonne qualité.

Nous connaissons deux bons résultats à l'issue de 3 ans : TRO 5888 - et de 8 ans : JON 3769.

10 - Confection de Hamac et périnéorraphie postérieure :

1 cas.

- EMI 5204 - Déjà traitée pour un prolapsus global par une discopexie et une périnéorraphie postérieure, elle voit neuf ans plus tard récidiver la cystocèle. Nous avons, par voie périnéale libéré complètement la vessie et, par voie haute, suspendu celle-ci à une culotte de peau au scialite.

Les jambes sont solidarisées aux ligaments de cooper, le fond au col utérin, les poches à l'ogive publienne et la ceinture à l'urètre. Nous avons également reconstitué la périnéorraphie postérieure. Le résultat est excellent 5 ans plus tard.

11 - Confection de hamac, discopexie et périnéorraphie postérieure : 1 cas

- DEM 2840 - présente à 27 ans un prolapsus global avec cystocèle et rectocèle importantes. Nous avons effectué par voie basse :

- une périnéorraphie postérieure,
- un décollement vésico-vaginal.

Et par voie haute 2 actes :

1°) une pexie au disque L5 S1
2°) la mise en place d'une bande de peau fixée en haut à l'ist me, en bas à chaque ogive publienne.

Le résultat, 11 ans plus tard, est excellent.

12 - Opération de Shirodkar et périnéorraphie postérieure : 2 cas.

- HER 5239 - ROM 4975 - Il s'agissait dans les deux cas de traiter une cystocèle importante. Une périnéorraphie postérieur à été associée. Nous connaissons seulement un résultat à distance : ROM 4975 - résultat excellent 6 ans plus tard.

II - PROLAPSUS AVEC INCONTINENCE D'URINES

Nous relevons 29 prolapsus liés à une incontinence urinaire dans notre série. Selon les troubles présentés par les malades, nous les avons traitées en utilisant les technique suivantes :

1 - Cervicocystopexie par fronde sans autre geste associé : 6 cas

- LED 3646 - PER 3709 - BRA 3744 - PRU 3882 - GAI 4271 - MAG 45 Le prolapsus est léger, cependant, deux d'entre elles : LED 364 et BRA 3744 possèdent une cystocèle et une rectocèle peu accentuées. MAG 4566 a subi antérieurement une hystérectomie subtotale.

Nous connaissons trois résultats à long terme :

BRA 3744 - Son état est excellent 1 an après l'interventio
LED 3646 - Son état est excellent 9 ans après l'interventi
MAG 4566 présente une incontinence discrète 7 ans après l'intervention.

Le cas GAI 4271 mérite d'être étudié spécialement :

Après avoir subi une discopexie et une périnéorraphie postérieure, la patiente voit, cinq mois plus tard, se démasque une incontinence d'urines méconnue. Celle-ci est traitée par

cervicocystopexie. Le résultat à longue échéance n'est pas connu, du fait de la mort de la patiente par occlusion intestinale aiguë dans une clinique privée, 5 ans après notre intervention.

2 - Cervicocystopexie par fronde et périnéorraphie antérieu 1 cas.

- BEU 6222 - La défaillance du périnée antérieur n'est pas très marquée. La périnéorraphie a surtout un but préventif. Le résultat à long terme n'est pas connu.

3 - Cervicocystopexie par fronde et périnéorraphie postérieure : 1 cas

- DEP 4990 - Le périnée postérieur est très mince et la rectocèle manifeste. Cette malade souffre de pollakiurie six ans après l'intervention.

4 - Cervicocystopexie par fronde et double périnéorraphie : 9 cas.

- PRO 3310 - HUE 3340 - DEL 4027 - JAB 4402 - SOM 4426 -
- NEY 4450 - VAU 4455 - FOU 4716 - QUE 5419 - Dans chaque cas le prolapsus est global : cystocèle et rectocèle sont patentes et justifient la double périnéorraphie.

Un an après l'intervention DEL 4027 présente une réparation parfaite.
Trois ans après l'intervention QUE 5419 présente une réparation parfaite.

Nous n'avons aucun renseignement à distance sur les 6 autres cas traités. FOU 4716 est décédée depuis accidentellement.

5 - Cervicocystopexie par fronde, périnéorraphie postérieur et discopexie : 2 cas.

- FER 3937 - LEC 4517 - La discopexie a été étayée par la périnéorraphie postérieure que justifient le mauvais état du périné postérieur et la médiocrité des releveurs.

- LEC 4517 a subi antérieurement (au traitement du prolapsus), une hystérectomie subtotale. Le résultat de notre intervention n'est pas connu à long terme par suite du décès de cette malade

quelques années plus tard, pour une cause indépendante de nos gestes.

- FER 3937 subit en même temps que les discopexie, périnéorraphie postérieure et cervicocystopexie, une hystérectomie subtotale, la patiente souffrant de règles très douloureuses. Un an après l'intervention, la rectocèle présentée par la patiente récidive, il a donc été nécessaire de pratiquer une nouvelle périnéorraphie postérieure (FER 4262).

6 - Cervicocystopexie par fronde, double périnéorraphie et discopexie : 1 cas.

- MON 4757 - Le col utérin étant très mobile, la discopexie a été nécessaire pour renforcer la double périnéorraphie. Le résultat est très bon trois ans après l'intervention.

7 - Cervicocystopexie par fronde, double périnéorraphie et hystéropexie abdominale : 1 cas.

- MEN 3430 présente une cystocèle, une rectocèle et le col utérin saille hors de la vulve. Le conjoint refuse la colpohystérectomie par voie vaginale. Nous optons pour une réfection du périnée antérieur et du périnée postérieur, une cervicocystopexie et une hystéropexie abdominale. La seule que nous ayons pratiquée pendant ces 10 années ! Neuf ans plus tard, soit en 1971, les mêmes troubles réapparaissent : cystocèle, rectocèle et retournement du vagin. Signalons que nous avons libéré la pexie antérieure et réalisé une colpohystérectomie par voie vaginale, bien que cette deuxième intervention MEN 6507, ait eu lieu postérieurement au 31.12.70, date d'expiration de notre étude.

8 - Cervicocystopexie par fronde, périnéorraphie postérieure et colpohystérectomie par voie vaginale : 1 cas

- PON 4696 - La fermeture du vagin ayant été acceptée par la patiente, le prolapsus global a disparu. Cinq ans plus tard, la malade est parfaitement remise.

9 - Intervention de Marshall Marchetti, sans autre geste associé : 2 cas

- BRU 6094 - PIC - 6236 - Du fait des dangers urinaires des frondes urétrales, nous préférons depuis 4 ans, les opérations

de Marshall Marchetti.

- BRU 6094 est un cas simple, nous n'avons malheureusement aucun renseignement sur son état actuel.

- PIC 6236 - a subi en même temps, une hystérectomie pour kyste de l'ovaire gauche. Pour cette patiente, le résultat est excellent deux ans plus tard.

10 - Intervention de Marshall Marchetti et double périnéorraphie : 1 cas

- HOU 6174 - La double périnéorraphie est liée à l'existence d'une cystocèle et d'un mauvais périnée postérieur. Un an après, la malade est très satisfaite de son état.

11 - Intervention de Marshall Marchetti, périnéorraphie postérieure et discopexie : 2 cas.

- MON 5976 - LUN 6059 - La périnéorraphie postérieure est venue renforcer la discopexie justifiée par la présence d'un col utérin mobile. Les résultats sont excellents :

2 ans plus tard : LUN 6059
3 ans plus tard : MON 5976.

12 - Opération de Vatkins Wertheim Schauta, double périnéorraphie et intervention de Marion : 1 cas.

- TOU 3977 - L'importante cystocèle est traitée par interposition vésico-vaginale, tandis que l'incontinence est réduite par une intervention de Marion. Ce dernier geste se révèle peu efficace car un an plus tard, la malade se plaint de dysurie.

13 - Isthmopexie postérieure et amputation du col utérin : 1 cas.

- LEV 4001 - L'amputation du col a été nécessaire du fait de l'allongement hypertrophique de celui-ci. L'incontinence urinaire légère n'oblige pas la patiente à se garnir. L'isthmopexie postérieure suffit à traiter le prolapsus. Aucun geste à visée urinaire n'est tenté, le résultat est parfait 8 ans après l'intervention.

III - PROLAPSUS ASSOCIES A UN FIBROME

Cette catégorie est constituée d'un groupe de sept femmes : HOU 4560 - MAR 4607 - MAL 4904 - CHO 4914 - FRA 4920 - ROB 5484 - COU 5843 -

Quatre d'entre elles sont venues consulter pour des troubles urinaires dont trois pour une incontinence : CHO 4914, FRA 4920 - COU 5843.

Les trois autres patientes se plaignent d'une sensation de masse.

1 - Cas sans incontinence

1°) Double périnéorraphie et discopexie : 2 cas

- HOU 4560 - ROB 5484 - Toutes deux possèdent une cystocèle.

- HOU 4560 - présente en outre un col mobile et une rectocèle. Le geste opératoire lié au fibrome consiste en une myomectomie. Son état actuel n'est pas connu.

- ROB 5484 possède un gros fibrome à la face postérieure de l'utérus, ce qui élimine la possibilité d'une interposition vésico-vaginale de l'utérus, préalablement décidée. Nous pratiquons alors une discopexie et une double périnéorraphie. La patiente étant âgée de 68 ans, nous n'intervenons pas sur le fibrome. Le résultat est très bon 4 ans plus tard.

2°) Périnéorraphie postérieure et discopexie : 1 cas

- MAL 4904 - possède une cystocèle avec rectocèle, un col fixe et un gros corps utérin.

Nous effectuons par voie basse :

- une périnéorraphie postérieure

par voie haute :

- une hystérectomie sub totale pour fibrome gros comme un melon. Nous conservons les annexes restées saines.
- une discopexie du col utérin avec exclusion du petit bassin. L'action sur la cystocèle n'a pu être décisive en raison de l'hystérectomie.

3°) Colpohystérectomie par voie vaginale et périnéorraphie antérieure : 1 cas

- MAR 4607 - Cette malade est atteinte de rectocèle et d'ély-

trocèle. De plus, le col utérin est mobile. Le fibrome peu volumineux est localisé au col utérin. Il intervient donc peu dans le traitement du prolapsus.

2 - Cas avec incontinence d'urines

1°) Cervicocystopexie par fronde : 1 cas

- FRA 4920 - Deux fibromes de la taille d'une orange sont situés sur le fond utérin. Une hystérectomie subtotale est décidée, compte tenu de son âge : 52 ans. La cervicocystopexie par fronde traite l'incontinence.

2°) Cervicocystopexie et périnéorraphie postérieure : 1 cas

- CHO 4914 - La patiente étant âgée de 45 ans, nous pratiquons une hystérectomie afin de prévenir l'évolution néfaste éventuell du fibrome.

La cervicocystopexie par fronde traite l'incontinence. Nous terminons l'intervention par la résection d'une anse grêle qui, adhérente au fibrome, a été dépéritonisée lors de sa libération.

3°) Opération de Vatkins Wertheim Schauta et périnéorraphie postérieure : 1 cas

- COU 5843 - souffre d'une incontinence, de pollakiurie et présente une cystocèle. Un fibrome à la face postérieure de l'isthme a rendu difficile la réalisation du Wertheim Schauta. Son état actuel est inconnu.

IV - PROLAPSUS APRES HYSTERECTOMIE TOTALE

Six de nos patientes ont subi une hystérectomie totale antérieurement au traitement du prolapsus. Selon les malades, un fibrome, un cancer intra-épithélial du col, un polype intracavitaire ou la présence d'un endomètre suspect ont motivé cette intervention.

Cinq malades sont venues nous consulter pour des troubles urinaires :

- incontinence : VAN 5455 - TES 5883 (le cas de ces deux patientes n'a pas été étudié dans le paragraphe II).
- pollakiurie : LAB 2926 - TEB 4498 - LER 5609 - une sen-

sation de masse a alerté la sixième malade DEL 5714.

Voici les traitements chirurgicaux réalisés sur ces patientes.

1 - Périnéorraphie postérieure et antérieure : 1 cas

- TEB 4498 - Cette personne se plaint d'une rectocèle et d'un périnée postérieur déficient. Quatre ans après l'intervention, son état est excellent.

2 - Périnéorraphie postérieure + discopexie : 2 cas

- LER 5609 - DEL 5714 - Toutes deux présentent une cystocèle. Nous connaissons pour l'une d'elles le résultat à distance : LER 5609 est en excellent état 3 ans après l'intervention, mais est décédée maintenant.

3 - Périnéorraphie postérieure et colpectomie : 1 cas

- LAB 2926 - La cystocèle très importante est réduite par colpectomie. Le résultat est excellent 11 ans plus tard.

4 - Périnéorraphie postérieure, discopexie et intervention de Marshall Marchetti : 1 cas.

- TES 5883 - L'incontinence d'urines et la cystocèle, que cette malade présentait, ont cédé. Trois ans plus tard son état est parfait.

5 - Cervicocystopexie par fronde : 1 cas

- VAN 5455 - Cette malade, polyopérée : hystérectomie totale, appendicectomie, a déjà subi une cervicocystopexie réalisée à l'aide de quatre fils de lin fixés à la face postérieure du pubis. Dix ans après, l'incontinence d'urines n'est pas tolérable et une cervicocystopexie doit être de nouveau pratiquée. Le résultat est très satisfaisant 2 ans plus tard.

CHAPITRE VI

RESULTATS D'ENSEMBLE

Cette étude portant sur 102 patientes a été réalisée dans un petit service de chirurgie générale à polarisation digestive. La cure des prolapsus n'y occupe qu'une place mineure. La période étudiée s'étend du 1er janvier 1961 au 31 décembre 1970, soit pendant une durée de 10 ans.

Sur les 102 patientes traitées, 57 malades ont été intégralement suivies. C'est peu et décevant si l'on considère le climat presque familial dans lequel se déroule notre chirurgie quasi provinciale.

Notre déception quant au petit nombre de patientes revues est explicable par leur cancerophobie et leur négligence beaucoup d'entre elles ont changé d'adresse sans pour autant nous permettre de les suivre.

I - COMPLICATIONS IMMEDIATES

Elles sont rares.

1 - Les complications générales ont essentiellement été le fait de phlébites. Celles-ci sont liées en partie à la pratique de curetages biopsiques préopératoires fréquents : MEN 3430 - PRU 3822 - DEL 4027 - BOU 4706 - DEJ 6162 - 5 cas donc, tous compliqués d'embolie pulmonaire, dont une fut mortelle : BOU 4706. Le décès est survenu au 2eme jour des suites opératoires. Ceci est très peu, compte tenu du nombre de patientes opérées. En fait, les phlébites sont difficiles à répertorier car presque toutes les malades ont été soumises à un traitement anti coagulant préventif et prolongé.

2 - Les complications locales sont également rares. Nous avons relevé :

- 1 cas d'éventration liée à une réintervention pour corps étranger oublié - BER 5497.
- 2 cas de mictions douloureuses : LEC 4902 - QUE 5419.
- 5 cas de rétentions d'urines durables : DEM 2840 - PRU 3822 - JAB 4402 - FRA 4920 - QUE 5419.

Toutes sont survenues après l'emploi d'une fronde, mais aucune de ces complications n'a exigé une nouvelle intervention.

3 - La durée moyenne d'hospitalisation est de 26 jours, avec un maximum de 66 jours et un minimum de 2 jours dû à une embolie pulmonaire mortelle.

En fait, le délai moyen d'hospitalisation est difficile à apprécier car souvent, les patientes sont dans l'obligation de prolonger leur séjour pour des raisons sociales et familiales.

II - COMPLICATIONS SECONDAIRES

Elles sont représentées essentiellement par :

1 - les dyspareunies en rapport avec une périnéorraphie postérieure trop poussée vers l'avant. Observée cinq fois, elles ont été facilement réduites par une dilatation sous anesthésie générale : DEL 4027 - NEY 4450 - MAG 4566 - ROM 4975 - LEM 5411.

2 - Les occlusions intestinales survenant après discopexie n'ont jamais été constatées dans notre série. Nous savons cependant qu'une de nos patientes GAI 4271 est décédée dans une clinique de la région parisienne des suites d'une occlusion intestinale 5 ans après notre intervention, mais nous n'avons jamais eu la preuve que l'occlusion était en rapport avec la discopexie, faute de compte-rendu opératoire.

3 - Par ailleurs, l'existence d'une grossesse survenue après triple ligature des trompes à la soie chez une de nos patientes BEN 5493, a été confirmée. La discopexie que celle-ci avait subie n'en a aucunement souffert.

III - COMPLICATIONS LOINTAINES

Les lombodiscites secondaires à une discopexie n'ont jamais été le fait de notre technique. La seule lombodiscite que nous ayons connue, TAK 5916, est survenue chez une patiente traitée en dehors du service pour laquelle nous avons dû intervenir et supprimer la discopexie.

IV - RESULTATS A DISTANCE

Les résultats d'ensemble sont assez difficilement appréciables du fait que près d'une patiente sur deux a omis de se présenter.

- 46 très bons résultats sont acquis après un délai plus ou moins long.

4	patientes	ont	été	revues	au	bout	de 1 an
7	"	"	"	"	"	"	de 2 ans
11	"	"	"	"	"	"	de 3 ans
4	"	"	"	"	"	"	de 4 ans
7	"	"	"	"	"	"	de 5 ans
3	"	"	"	"	"	"	de 6 ans
1	"	"	"	"	"	"	de 7 ans
3	"	"	"	"	"	"	de 8 ans
1	"	"	"	"	"	"	de 9 ans
1	"	"	"	"	"	"	de 10 ans
4	"	"	"	"	"	"	de 11 ans

- 7 assez bons résultats ont été constatés :

3	patientes	ont	été	revues	après	un	délai de 1 an
1	"	"	"	"	"	"	de 3 ans
2	"	"	"	"	"	"	de 6 ans
1	"	"	"	"	"	"	de 7 ans

Ces assez bons résultats sont en rapport avec l'existence de cystocèle : AUM 3447 - TIQ 4176

l'existence d'un col utérin mobile : BIL 4537

l'existence de troubles urinaires : MAR 6127 - TOU 3977 - DEP 4920 - MAG 4566.

1 - Existence de cystocèle

- AUM 3447 - une élytrocèle secondaire à une hystéropexie abdominale antérieure doit être disséquée, resséquée tandis que l'hystéropexie abdominale est transformée en discopexie. Un an plus tard une cystocèle discrète apparaît, témoignant de l'insuffisance de l'intervention.

- TIQ 4176 - bien qu'ayant subi une discopexie et une double périnéorraphie, elle présente une cystocèle intermittente un an

plus tard, révélant la déficience de la périnéorraphie antérieure.

2 - Col utérin mobile

- BIL 4537 - L'interposition vésico-vaginale associée à une périnéorraphie postérieure, a été trop hâtivement exécutée. L'existence actuelle d'un col utérin mobile nous a fait proposer une discopexie, mais nous n'avons plus revu la patiente.

3 - Troubles urinaires

- MAR 6127 - la récidive de son prolapsus secondaire à une hystéropexie abdominale antérieure, a été traitée par la triple association périnéorraphie postérieure, discopexie, Marshall Marchetti. Elle présente un an plus tard des mictions impérieus

- TOU 3977 - présente de la dysurie, un an après avoir subi un Vatkins Wertheim Schauta, une double périnéorraphie et un Mario

- DEP 4920 - Malgré une cervicocystopexie associée à une périnéorraphie postérieure, elle souffre de pollakiurie 6 ans plus tard. Ceci témoigne de la difficulté de réglage de la fronde.

- MAR 4566 - présente une incontinence discrète et intermittente 7 ans après avoir été traitée par une cervicocystopexie.

Les récidives ont intéressé 4 patientes.

- FER 3937 - 4262 - Il s'est agi de la récidive d'une rectocèle un an après la réfection d'un périnée postérieur, d'où une nouvelle périnéorraphie.

- GAI 4069 - 4271 - Une incontinence d'urines s'est révélée 5 mois après que la patiente ait subi une discopexie et une périnéorraphie postérieure, d'où la nécessité d'une cervicocystopexie.

- LUT 2959 - 5004 - L'interposition vésico-vaginale a été un échec du fait de la trop grande mobilité du col utérin. Une tendance à la cystocèle et à la rectocèle s'est manifestée 6 an après l'opération primitive. Nous avons dû pratiquer une discopexie.

- MEN 3430 - 6507 - L'hystéropexie abdominale antérieure a été un échec puisque 9 ans plus tard se sont manifestées une cystocèle et une rectocèle. Nous avons dû effectuer une colpohysté-

rectomie par voie vaginale après avoir libéré l'hystéropexie abdominale.

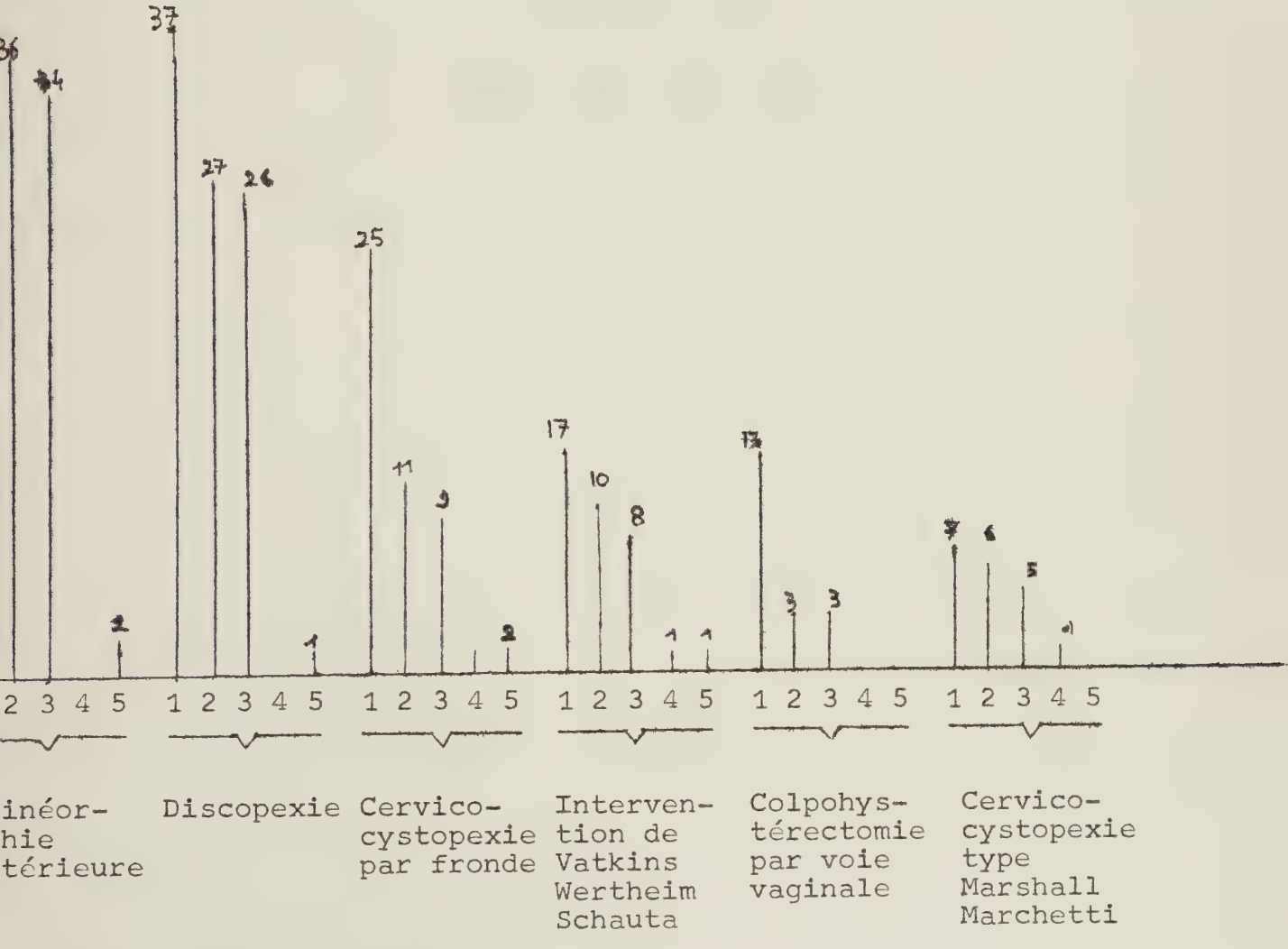
Tels sont nos résultats.

Les graphiques suivants indiquent pour chaque type d'intervention, le nombre de cas opérés, le nombre de cas contrôlés, les résultats, bons, assez bons et mauvais que nous avons obtenus.

Bien sûr, ces résultats satisfont peut-être plus le chirurgien que la patiente, mais nous pouvons cependant tenir compte du flot de lettres touchantes reçues et de l'autorecrutement en boules de neige des patientes pour nous réconforter.

Pour chaque intervention :

1 correspond au nombre de cas
2 " " " contrôlés
3 " " " très bons
4 " " " assez bons
5 " " " nécessitant une réintervention



inéor-hie térieure

Discopexie

Cervico-cystopexie par fronde

Interven-tion de Vatkins Wertheim Schauta

Colpohys-térectomie par voie vaginale

Cervico-cystopexie type Marshall Marchetti

CHAPITRE VII

C O N C L U S I O N S

Les Chirurgiens dits généralistes ont-ils encore le droit de s'attaquer au difficile problème de la réparation des prolapsus génitaux ? Faut-il, au contraire, en cette période de mutation "passer la main" aux Gynécologues plus spécialisés ? Telle est la question que nous nous sommes posés.

A titre d'échantillon, il nous a paru intéressant d'étudier le devenir de 102 malades opérées en l'espace de 10 ans. Cette courte statistique émane d'un petit Service de la proche banlieue parisienne dont la vocation est essentiellement digestive. La Gynécologie n'y occupe qu'une place très modeste, puisqu'elle ne représente que 3 % de l'activité globale de notre formation.

Presque toutes ces malades étaient des femmes âgées. Pour la très grande majorité d'entre elles ne se posait pas le problème d'une ultérieure fécondité.

Sur le plan technique, nous nous sommes toujours refusés à opposer aux "descentes d'organes" un traitement univoque dit "standard". Chaque prolapsus constitue en soi une entité et mérite une thérapeutique "personnalisée".

Au cours des mille et un temps opératoires que nous proposent les manuels et les publications spécialisés, trois nous ont toujours paru fondamentaux :

1) - La réfection aussi soigneuse que possible du plancher périnéal postérieur. Elle doit intéresser les releveurs. Il est bon de recourir aux fils non résorbables.

2) - La fixation du col utérin, lorsqu'il existe, au disque lombo-sacré selon les modalités prônées par notre Maître J. HUGUIER.

3) - La suspension de la cloison vaginale antérieure aux ligaments de Cooper d'après une technique inspirée par MARSHALL MARCHETTI.

Mais il est bien certain que chaque fois que les conditions anatomiques, sociales ou psychologiques le permettent, deux solutions nous ont paru merveilleuses :

1) - L'interposition de l'utérus entre vessie et vagin selon la technique de WERTHEIM SCHAUTA.

2) - La Colpo-Hystérectomie vaginale tellement appréciée par ROUHIER.

Quant à l'utilisation des prothèses inertes, si séduisantes qu'elles soient, elle nous a souvent paru comme trop aventureuse.

Cette Chirurgie a eu la chance de n'être grevée que d'un minimum de complications immédiates. Si la durée moyenne d'hospitalisation a pu paraître un peu longue, cette prolongation de séjour à l'Hôpital a obéi à des contingences familiales et sociales.

Le résultat d'ensemble de notre pratique, semble pouvoir être estimé comme très encourageant. Quatre échecs manifestes sont imputables à une erreur d'exécution de notre part. En revanche, la quasi totalité de nos malades se considère comme guérie. Il serait facile et légitime de nous objecter le faible pourcentage des femmes revues à long terme. Cette constatation est un peu décevante lorsque l'on connaît le climat familial qui règne depuis toujours dans notre petit "Centre provincial". De multiples patientes ont d'ailleurs été revues depuis la clôture de l'enquête, d'autres ne nous ont fait parvenir que des nouvelles indirectes que nous n'avons pas osé chiffrer. Toutes ont fait entendre la même opinion.

A la question que nous nous étions posés, il semble que nous puissions répondre par l'affirmative. Les Chirurgiens Généralistes n'obtiennent pas de plus mauvais résultats opératoires que les Gynécologues spécialisés.

CHAPITRE VIII

B I B L I O G R A P H I E

ABUREL E. et REBEDEA T. : La colporraphie antérieure avec lambeaux vaginaux pédiculés. Presse méd., 16 Oct. 1971, 79 N° 43, 1918-1920, 6 fig.

BARRAT J. : La prophylaxie des prolapsus génitaux est-elle possible ? Vie méd. (Grossesse), Av. 1970, 51 N° 16, 2453-2458.

BETHOUX A., LEMOINE J.P., et VERDONCK G. : L'abstention opératoire dans les prolapsus vaginaux, C.R. Soc. franç. gynéc., Juin-Oct. 1970, 40 N° 6, 361-378, 10 fig.

CACHIN C., Critique du traitement chirurgical des prolapsus génitaux, Bull. Soc. Chirurgiens Paris, 1971, 61 N° 4, 249-253

CERBONNET G. : Technique et indication de la suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et génitaux Entretiens de Bichat (Chirurgie et spécialités), 1966, 189-192, Expansion scient. franç., édit., Paris.

CERBONNET G., DALMAS H., ROCHET Y. et VAYRE P. : Prolapsus génitaux, traitement chirurgical. J. Chirurgie, juillet-août 1970, 100 N°s 1-2, 83-100.

COLETTE C. : Une nouvelle "triple-opération" pour les prolapsus des jeunes femmes, Bull, Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1967, 19 N° 2, 150-152

DALMAS H. : Le prolapsus de la femme âgée, Rev. prat. (Paris), 21 avril 1971, 21 N° 12, 1969-1974

DARMAILLACQ R., BISCH F.X. et WANGERMEZ J. : De quelques relations entre le prolapsus génito-urinaire et la morphologie du squelette pelvien - Bull. Féd. soc. Gyn. obst., nov.-déc. 1968, 20 N° 5, 426-432.

DE BURGE J.P. et XERRI A. : Le retentissement des grands prolapsus génitaux sur le haut appareil urinaire (à propos de 2 observations). J. Urologie, Oct.-Nov. 1969, 75 N°s 10-11, 830-837, 8 fig.

DIAMANT-BERGER L. : Echecs et dangers de l'hystéropexie postérieure (pour prolapsus) - Bull. soc. chirurgiens, Paris, 1971, 61 N° 4, 254-256.

ELBIM A. : L'opération de Lefort doit-elle être innocentée ? Presse méd. 25 nov. 1967, 75 , N° 5, 2566.

GAUTIER P., DESMONS F. et KATRAL T. : Etude critique des récidives des prolapsus génitaux - Lille. chir., janvier-février 1971, 26 N° 1, 5-13, 5 fig.

GELLE P., CREPIN G. et DURANEL P. : Réflexion sur le traitement des prolapsus génitaux - A propos d'une série de 273 observations - Bull. Féd. soc. Gyn., Obst. franç., sept-oct. 1970, 22 N° 4, 460-463

GOGNAT M., ROCHET Y. et CHABRIER J. : A propos de la voie haute dans le traitement chirurgical des prolapsus génitaux - Lyon Chir., Janv.-fév. 1971, 67 , N° 1, 71-72, 5 fig.

GRANJON A. et PARENT B. : Prolapsus génital et incontinence d'urines - Gyn. obst., Av.-mai 1965, 64 N° 2, 175-196, 5 fig.

HIRSCH H. : Le traitement du prolapsus génital total par hystérectomie vaginale suivie d'une plastie vaginale - Rev. franç. gyn. obst., Juil.-Août 1966, 61 N°s 7-8

HOANG NGOC MINH, NGUYEN THI LONG et TRAN THI HIEN : L'opération de Watkins - Wertheim Schauta dans la traitement des prolapsus génitaux chez les femmes obèses - Bull. Féd. soc. Gyn. Obst., nov.-déc. 1969, 21 N° 5, 530-531.

KASKARELIS D., PAPATHEODOROU B., STAVROPOULOS A. et PREVEDOURAKIS C. : Cancer du col de l'utérus et prolapsus - Gyn., obst., juin-août 1968, 67 N° 3, 371-375.

LE LIRZIN R. Principes du traitement des prolapsus génitaux - Vie méd., déc. 1970, 51 N° 39, 5329-5344, 16 fig.

LOFFREDO V. : Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux - Bull. soc. chirurgiens Paris, 1971, 61 N° 4, 225-242.

MAYER J. : Douleurs lombo-pelviennes et prolapsus génital - Rev. prat. (Paris), 21 avril 1971, 21 N° 12, 1959-1953

MERGER R. : Prolapsus génitaux - Rev. franç. gyn. obst., juil.-août 1966, 61 N°s 7-8, 525-532.

MINTZ C. : Résultats éloignés d'une série personnelle de 200 interventions vaginales pour prolapsus - Bull. soc. chirurgiens Paris, 1971, 61 , N° 4, 257-261.

MOUSSELON J. : Indications opératoires dans les prolapsus génitau Cahiers méd. Lyon, 29 mai 1970, 46 N° 21, 1861-1866

MOUSSELON J. : Sur le traitement des prolapsus génitaux - Lyon chir., mars-varil 1971, 67 N° 2, 111-113.

MUSSET R. : Prolapsus de la femme jeune et nouvelles maternités - Rev. prat. (Paris), 21 avril 1971, 21 N° 12, 1923-1926.

MUSSET R. : Les prolapsus génitaux des femmes encore jeunes avant ou après la ménopause - Bull. féd. Soc. Gyn. Obst., Janv.-Mars 1967, 19 N° 1, 49-50.

PALDI E. : La valeur de la cure par traitement chirurgical du prolapsus génital chez les malades ayant dépassé 65 ans - Rev. franç. gyn. Obst., Juil.-Août 1966, 61 N°s 7-8, 534.

PONTONNIER A., PONTONNIER F. et COMBEL R. : Prolapsus génitaux et incontinence d'urines. Intérêt de l'uréthrocystographie pré et post opératoire. Essai d'indication thérapeutique. A propos de 78 observations - J. Urol. Néphrol., mars 1971, 77 N° 3, 161-184, 23 fig.

ROCHET Y. : Métrorragies, pertes et prolapsus - Rev. prat. (Paris), 21 avril 1971, 21 N° 12, 1965-1967.

ROCHET Y et COGNAT M. : Etude statistique de 246 interventions pour prolapsus génital. - Lyon chir., juil.-août 1970, 66 N° 4, 279-285.

SCALI P., BETHOUX A. et BLONDON J. : Les incontinences urinaires d'effort secondaires à la chirurgie des prolapsus vaginaux - Entretiens de Bichat, Chirurgie et spécialités, 1970, 327-330.

SOFERMAN N? et OXHORN A. : Prolapsus génitaux - Statistiques de traitement - Rev. franç. Gyn. Obst., Juil.-août 1966, 61 N°s 7-8, 535-536.

SOICHET S. Correction chirurgicale du prolapsus génital total avec conservation de la fonction sexuelle - J. Obst. Gyn., Juil. 1970, 36 N° 1, 69-75.

SUREAU C. et RAVINA J.H. : Prolapsus génitaux - Presse méd., 6 fév. 1965, 73, N° 7, 357-361, 9 fig.

TAURELLE R. : Réflexions sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux - A propos de deux cents cas opérés dans un service de chirurgie générale - Thèse, Paris, 1969, N° 793, 115 pages.

TRAN THI HIEN : L'état actuel des prolapsus génitaux à la clinique gynécologique et obstétricale de la Faculté de Médecine de Saïgon - Thèse, Paris, 1970, N° 502, 79 pages.

VAYRE M.P. et TAURELLE R. : Réflexions sur le traitement chirurgical des prolapsus génitaux de la femme - A propos de 200 cas opérés dans un service de chirurgie générale - J. Chirurgie, déc. 1969, 98 N° 6, 627-638.